



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica

**O Doente Oncológico Portador de Cateter
Venoso Central com Reservatório
Subcutâneo: Intervenções de Enfermagem**

Sara Correia

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica

**O Doente Oncológico Portador de Cateter
Venoso Central com Reservatório Subcutâneo:
Intervenções de Enfermagem**

Sara Correia

Professora M^a Antónia Espadinha

2013

À Professora Antónia Espadinha pela sua orientação, suporte, apoio e palavras de incentivo que
me fazem continuar

A todos os Enfermeiros que me acompanharam e ajudaram, contribuindo para o meu processo de
crescimento e desenvolvimento enquanto Pessoa e Enfermeira

A todos os doentes e famílias que tive o privilégio de cuidar
nesta experiência única

À minha família e amigos pelo suporte e carinho, e por tantos momentos roubados

Ao Marcelo, pelo seu suporte e incentivo incondicional nestas minhas aventuras académicas

Ao Lucas, pelos seus sorrisos que me dão ânimo para seguir em frente
e ter força para levar tudo a bom porto

...o meu MUITO OBRIGADA!

*“ As coisas vulgares que há na vida, não deixam saudade,
só as lembranças que doem, ou fazem sorrir.
Há gente que fica na história, na história da gente,
e outras de quem nem o nome lembramos ouvir”*

Jorge Fernando

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ANA - American Nurses's Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNDO- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas

CVC – Cateter venoso central

CVCRS – Cateter venoso central com reservatório subcutâneo

DGS – Direção Geral da Saúde

EONS – European Oncology Nursing Society

EV – Endovenosa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONS – Oncology Nursing Society

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNPCDO - Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RESUMO

A quimioterapia endovenosa enquanto modalidade de tratamento da doença oncológica requer uma rede venosa que garanta a administração continuada de terapêutica. Para colmatar esta necessidade, e com vista à diminuição da dor e desconforto relacionados com repetidas punções venosas, surge a implantação do cateter venoso central com reservatório subcutâneo (CVCRS). O desconhecimento dos enfermeiros acerca do manuseamento do dispositivo e a ausência de normas atualizadas e uniformizadas podem conduzir a complicações colocando em causa a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Na prática clínica constata-se que existe uma falta de standardização de procedimentos relacionados com o CVCRS. A implementação de normas baseadas na evidência é essencial para a prestação de cuidados com segurança e de qualidade. Na transição para enfermeiro-especialista e Mestre, o desenho e implementação de um protocolo de cuidados ao doente portador de CVCRS surge como uma competência relevante e que identifiquei como uma importante área problemática passiva de ser melhorada/resolvida urgentemente.

A Teoria das Transições de Meleis e o Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Benner, suportaram teoricamente este percurso de estágio.

Como metodologia foram realizadas pesquisas em bases de dados (EBSCO, MEDLINE, SCIELO, COCHRANE e CINAHL) para enquadrar a importância da uniformização de cuidados e definir os procedimentos ao doente oncológico portador de CVCRS. Os ensinamentos clínicos, a prática reflexiva, o registo de situações segundo o ciclo de Gibbs e a partilha de experiências foram outras estratégias utilizadas.

Como resultados com implicações para a prática de enfermagem, em relação aos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS foram elaborados: a norma de cuidados de enfermagem; o Guia para Enfermeiros; Cartão de Doente; um artigo de revisão dos cuidados no manuseamento do CVCRS, um instrumento de registo de complicações do manuseamento do CVCRS; e sessões de informação aos enfermeiros.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, cateter venoso central com reservatório subcutâneo, doente oncológico, qualidade dos cuidados, transição.

ABSTRACT

Intravenous chemotherapy while cancer disease treatment modality requires a venous network that ensures the continued administration of therapy. To fill this need, and to reduce the pain and discomfort associated with repeated venous puncture arises the deployment of the central venous catheter with subcutaneous reservoir (CVCSR). The lack of know by nurses about the handling of the device and the absence of up-to-date and uniform standards may lead to complications related to the patient safety and quality of care. In clinical practice it is noted that there is a lack of standardization of procedures relating to the CVCSR. The implementation of evidence-based standards is essential for the delivery of safety and quality care. In the transition to nurse specialist and master's degree, the design and implementation of a protocol of care to the patient VCSR carrier, based on the best scientific evidence available is a relevant competence and which I have identified as a major problem area to be improved/resolved urgently.

The Theory of Transitions and the Benner's model of acquisition and development of skills supported theoretically this internship route.

As methodology was held a research on databases (EBSCO, COCHRANE, SCIELO, MEDLINE and CINAHL) to frame the importance of standardization of care and define procedures to oncological patient with CVCSR. The clinical teachings, reflective practice, the registration of cases according to the Gibbs cycle and the sharing of experiences were other strategies used.

As results with implications for nursing practice, in relation to the oncological patient care CVCSR carrier were drawn up: the standard of nursing care; the Guide for nurses; Patient card; a review article of care in handling the CVCSR, an instrument for recording complications of handling of CVCSR; and information sessions to nurses.

Keywords: nursing, central venous catheter with subcutaneous reservoir, oncological patient, quality of care, transition.

RESUMEN

La quimioterapia es una de las modalidades de tratamiento elegida para el tratamiento de la enfermedad oncológica en distintos tipos de tumores y diferentes estadios, que precisa una red venosa que garantice la administración continuada de terapéutica. Para resolver esta necesidad, y con vistas a la disminución del dolor e incomodidad relacionados con repetidas punciones venosas, surge la implantación del catéter venoso central con reservorio subcutáneo (CVCRS). El desconocimiento el desconocimiento por parte del personal de enfermería sobre la manipulación del dispositivo y la ausencia de normas actualizadas y estandarizadas, provocan frecuentemente complicaciones asociadas a la mala práctica), afectando a la seguridad del paciente y por consiguiente, a la calidad de los cuidados. El diseño e implementación de un protocolo de cuidados al paciente portador de CVCRS, basado en la mejor evidencia científica disponible, han sido los objetivos principales de este proyecto, ya que esta acción puede implicar importantes beneficios para el paciente y los profesionales de enfermería que participan de sus cuidados)

La Teoría de las Transiciones de Meleis y el modelo de adquisición y desarrollo de competencias de Benner fueran utilizados como soporte teórico durante las prácticas clínicas.

Metodológicamente, se realizaron búsquedas bibliográficas en bases de datos (EBSCO, MEDLINE, SCIELO, COCHRANE e CINAHL) para enfatizar la importancia de la estandarización de cuidados y definir los procedimientos indicados en el paciente oncológico portador de CVCRS. Las prácticas, en diferentes contextos, la práctica reflexiva y las experiencias compartidas fueron otras estrategias utilizadas.

Como resultados, se elaboraran: protocolo de cuidados de enfermería al paciente oncológico portador de CVCRS; la Guía para Enfermeros; la Tarjeta de Paciente Portador de CVCRS; un artículo de revisión acerca de los cuidados de enfermería al paciente oncológico portador de CVCRS; y un registro de complicaciones relacionadas con la manipulación del CVCRS.

Palabras-clave: cuidados de enfermería, catéter venoso central con reservorio subcutáneo, paciente, calidad de los cuidados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO/JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1.Acessos venosos em oncologia	7
1.2.Cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS: que competências?.....	12
1.3.Transição para Enfermeira Perita (Especialista) e a Aquisição de Competências	17
2. METODOLOGIA.....	21
3. PERCURSO REALIZADO	22
3.1.Hospital de Dia de Oncologia.....	24
3.2.Oncologia Médica.....	35
3.3.Medicina Interna: a implementação	43
4. QUESTÕES ÉTICAS	54
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA/CONCLUSÕES.....	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	67
APÊNDICE 1. Reflexão 1. Hospital de Dia de Oncologia	68
APÊNDICE 2. Reflexão 2. Oncologia Médica	78
APÊNDICE 3. Reflexão3. Medicina Interna	87
APÊNDICE 4. Instrumento de registo de complicações relacionadas com o CVCRS	98
APÊNDICE 5. Cartão de Doente portador de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo.....	101
APÊNDICE 6. Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo. Guia para Enfermeiros.....	104
APÊNDICE 7. Plano da Sessão de informação: “O Doente Oncológico Portador de CVCRS: Intervenções de Enfermagem”.....	123
APÊNDICE 8. Questionário: Avaliação de Conhecimentos em relação aos Cuidados ao Doente Oncológico portador de CVCRS	129
APÊNDICE 9. Norma - Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo	133

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Complicações imediatas (após a colocação)	10
Quadro 2. Complicações tardias.....	10
Quadro 3. Domínios e Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Opção em Enfermagem Oncológica a atingir	16

INTRODUÇÃO/JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A doença oncológica é na actualidade, e na maioria das sociedades ocidentais, um importante problema, justificado pelo crescente aumento da incidência de cancro nas populações em geral. Este facto exige, da comunidade científica e da sociedade, um esforço no sentido de encontrar estratégias e medidas eficazes para fazer frente a esta realidade.

Os avanços da ciência, no que ao cancro diz respeito, a nível de prevenção, rastreio, bem como detecção precoce e tratamento, foram bastante significativos nas últimas décadas, o que se traduz num aumento na sobrevivência e na qualidade de vida dos doentes oncológicos. Estes factores contribuem para que, cada vez mais, as pessoas vivam mais tempo com a doença oncológica (tal como se verifica com outras doenças crónicas), o que provoca um impacto nas comunidades, tanto a nível familiar e social, como económico, trazendo também importantes repercussões no sistema de saúde dos países.

Perante a doença oncológica, muitas são as opções disponíveis em termos de abordagem terapêutica. A maioria das opções assenta numa combinação entre diferentes abordagens: quimioterapia (adjuvante ou neoadjuvante, curativa ou paliativa), radioterapia (interna e externa), cirurgia e hormonoterapia. Estas opções são aplicáveis ao longo do curso da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal da doença.

O facto do doente oncológico viver cada vez mais tempo com a sua doença, passar pelos diferentes estadios e lidar com a imprevisibilidade da evolução da mesma, bem como a constante investigação das diferentes abordagens terapêuticas passíveis de serem realizadas, traz igualmente importantes desafios para a enfermagem. Esta realidade exige que os enfermeiros estejam em contínua actualização tanto a nível científico como técnico, com vista a melhorar tanto a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família com cancro, como a qualidade de vida destes doentes.

Na Instituição onde exerço funções não existe serviço de Internamento de Oncologia Médica, pelo que, os doentes oncológicos que necessitam de internamento relacionado com a sua doença, estejam muitas vezes em serviços de Medicina Interna. Para mim, enquanto enfermeira a prestar cuidados num serviço de Medicina Interna, são muitos os desafios que me são apresentados no quotidiano, relacionados com o doente oncológico. Aqui, os doentes com cancro podem encontrar-se em qualquer fase da doença, o que exige cuidados de enfermagem diferenciados e individualizados de acordo com as características da pessoa e o estadió da doença. Neste contexto, um aspecto do cuidado de enfermagem que me desperta interesse está directamente relacionado com o doente oncológico portador de cateter venoso central com reservatório subcutâneo (CVCRS¹).

A existência deste tipo de dispositivo verifica-se com relativa frequência, em doentes oncológicos internados em serviços de medicina interna. Contudo, constata-se que existe ainda algum desconhecimento acerca dos protocolos de manutenção e manuseamento do mesmo por parte dos enfermeiros, o que pode trazer importantes complicações para o doente. Em algumas situações, o desconhecimento acerca deste tipo de dispositivo faz com que, por exemplo, não se saiba a data da última heparinização do cateter, ou se opte por não puncionar o cateter por falta de conhecimentos técnicos e científicos por parte do enfermeiro.

Ao longo da minha formação profissional, o tema dos CVCRS's surgiu naturalmente no horizonte, mas rapidamente suscitou o meu interesse. A participação em formações relacionadas com o tema permitiu-me adquirir conhecimentos específicos neste campo, e reflectir também acerca das práticas que se realizam no meu contexto de trabalho, e concluir que muito há ainda a fazer em prol da melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente nesta área.

O doente oncológico portador de um CVCRS, vê-se confrontado com uma disparidade nas intervenções de enfermagem (relativas ao dispositivo). São doentes que muitas vezes passam por distintos serviços (medicina interna, hospital de dia de oncologia, cirurgia, urgências, etc.) nos quais não está implementada uma norma actualizada que esteja directamente direccionada para os

¹ Este dispositivo assume diversas denominações, sendo que ao longo deste projecto optei pela denominação “cateter venoso central com reservatório subcutâneo” (CVCRS) por ser a denominação mais usualmente utilizada nas publicações actuais. Outro nome frequentemente utilizado cateter totalmente implantado. Erradamente, este dispositivo é algumas vezes mencionado como “cateter subcutâneo”.

cuidados de enfermagem aos doentes portadores deste tipo de dispositivo. As dificuldades e o desconhecimento sentidos por parte dos enfermeiros levam muitas vezes a que não sejam prestados os melhores cuidados àquele doente.

Esta problemática, partilhada com os colegas e Enfermeira-chefe, emerge assim da necessidade de estruturar e uniformizar as práticas de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com CVCRS nos serviços da Instituição onde trabalho, para que o enfermeiro possa cuidar e gerir as suas actividades no sentido proporcionar cuidados de enfermagem que sejam, em simultâneo, individualizados e estandardizados, baseados na evidência disponível, favorecendo a melhoria da qualidade dos cuidados, através de práticas que visam também a segurança do doente.

Após uma reflexão estruturada acerca do sugerido, e tendo em conta diversos factores, como sejam a minha experiência, as minhas próprias necessidades e dificuldades, bem como aquilo que consegui apurar junto dos meus pares e da Enfermeira Chefe do meu Serviço, colocam-se assim as questões: Será que os enfermeiros não manuseiam e executam eficazmente o CVCRS devido às dificuldades por falta de treino e conhecimentos? Que estratégias podem ser utilizadas para aprofundar conhecimentos e sensibilizar as equipas de enfermagem a manipular/manusear de forma adequada o CVCRS promovendo o conforto, bem-estar, segurança e cuidados de qualidade ao doente?

No nosso país, foi definida uma Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Ministério da Saúde, 2010) especificada no despacho 14223/2009, publicado em Diário da República (Nº120 de 24/06/2009). Um sistema de saúde para ter qualidade deve assentar em diversos pilares, sendo um deles a segurança. Para além disso, a qualidade obriga também a uniformização de procedimentos. A existência de diferentes práticas para um mesmo problema de saúde (com por exemplo os cuidados de enfermagem ao doente portador de CVCRS), ou seja, a variabilidade na prática clínica, não é sinónimo de qualidade. Aliás, belisca o princípio da equidade já que poderá ser entendido que estamos perante diferentes respostas consoante o cuidador (enfermeiro) a um mesmo problema/necessidade do doente. Assim, perante necessidades semelhantes, deveremos fazer o que a melhor evidência científica disponível indica. Essa evidência pode ser traduzida, no caso dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS em norma de

procedimentos e entrar num processo de melhoria contínua, já que a evidência muda constantemente. É ainda importante sublinhar que a elaboração de normas é também um instrumento de segurança para o enfermeiro.

Nesta mesma lógica de pensamento, a Ordem do Enfermeiros menciona que no processo da tomada de decisão em enfermagem bem como na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Acrescenta ainda que *“Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (OE, 2001, p.10)

Neste contexto, importa então conhecer os conceitos de qualidade e de segurança do doente, utilizando a taxonomia internacional proposta pela OMS. Assim, a qualidade é definida por esta organização como *“ o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados em saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”* (OMS, 2011p.23). Por seu turno, para “segurança do doente” é apresentada a seguinte definição *“a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.”* (OMS, 2011, p.21)

Também a Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados, menciona a prevenção de complicações, referindo que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”* (2001, p.12). Neste mesmo documento é mencionado que, face à prevenção de complicações é importante *“a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”* (OE, 2001, p.12).

Perante isto, torna assim essencial que os enfermeiros se sintam com capacidade e conhecimentos para cuidarem dos doentes portadores deste dispositivos para, por um lado se sentirem mais seguros, e por outro, para actuarem para o melhor interesse do doente, garantindo a sua segurança

e a qualidade dos cuidados prestados. Como enfermeira a realizar o percurso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (Opção em Enfermagem Oncológica) creio estar em posição de dar o meu contributo nesta área. Pretende-se assim que no cuidado de enfermagem dirigido ao doente oncológico portador de CVCRS, se desenvolvam cuidados com segurança, responsabilidade e autonomia.

Espera-se portanto, com este relatório, contribuir com conhecimento experienciado para que outros profissionais possam aperfeiçoar o seu desempenho e uniformizar procedimentos tendo como objectivo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico portador de CVCRS. Para tal foram definidos como objetivos deste relatório:

- Sistematizar o percurso efetuado durante os estágios, descrevendo as actividades realizadas e as competências desenvolvidas/adquiridas;
- Descrever a reflexão sobre o percurso realizado, no âmbito da transição para Enfermeira com Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Opção em Enfermagem Oncológica.

Em termos estruturais, este relatório encontra-se organizado por capítulos. O Enquadramento Teórico é, portanto, o primeiro capítulo. Aqui, o cancro é apresentado como uma doença crónica que representa um problema actual nas sociedades e um desafio para as comunidades científicas. Ainda neste primeiro capítulo, é apresentado o CVCRS, com uma descrição do dispositivo e vantagens e desvantagens na sua utilização e principais complicações associadas. De seguida são descritas as competências a desenvolver, com base no que a OE, *Oncology Nursing Society* (ONS), a *European Oncology Nursing Society* (EONS) definem. No capítulo seguinte é estabelecida a relação entre o desenvolvimento dessas competências, a Teoria da Transições de Meleis e o modelo de aquisição de competências defendido por Benner. Estas duas visões suportam sob o ponto de vista conceptual, no que concerne ao desenvolvimento de competências na transição para enfermeira com grau de Mestre na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (Opção em Enfermagem Oncológica), já que ambas se coadunam com a temática descrita e com o desenvolvimento das competências que pretendo atingir. De seguida são apresentados sucintamente aspetos relacionados com a metodologia utilizada. No capítulo seguinte será

descrito o percurso realizado em estágio, com a apresentação dos locais de estágio seleccionados, as razões subjacentes à escolha dos mesmos, bem como os objectivos, geral e específicos. As actividades desenvolvidas, as aprendizagens e as competências adquiridas/desenvolvidas em cada um deles serão também descritas. Seguidamente serão apresentadas as questões éticas relacionadas com a problemática, e por fim será apresentada a conclusão e respectivas implicações para a prática.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prevalência do cancro, de acordo com a OMS, está globalmente a aumentar e, actualmente o cancro é classificado dentro do quadro das doenças crónicas (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). O cancro continua a ser uma das doenças mais temidas pela humanidade, assumindo-se como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade. É entendido actualmente como um importante problema de saúde pública, pelo seu impacto na sociedade, no doente e na família, e também porque afeta vários aspectos da vida da pessoa, já que a doença oncológica trás importantes consequências tanto a nível social, económico, emocional, bem como familiar. A palavra cancro está conotada de forma negativa e a ela se associa o fatalismo e o sofrimento (Daher, 2012)

1.1. Acessos venosos em oncologia

Em Oncologia, a quimioterapia é talvez um dos maiores mitos para os doentes, principalmente pelos efeitos secundários e sofrimento que lhe são associados. Para além disso, o desconforto e a dor relacionados com as punções venosas são também uma realidade, já que a principal via de administração de citostáticos é a endovenosa (EV), ou seja, por meio de um acesso vascular venoso. Variados antineoplásicos são considerados vesicantes ou irritantes vasculares (Kurul, Saip e Aydin, 2002). Tais agressões podem apresentar-se clinicamente sob forma de prurido, dor local após cada sessão de quimioterapia, eritema ou flebite. O culminar desta evolução seria a esclerose do vaso, com perda de sua função, ocasionada por fibrose pós-inflamatória (Kurul, Saip e Aydin, 2002; Viale, 2003).

O acesso à rede venosa é portanto um aspeto crítico em muitos doentes com cancro em regime de quimioterapia endovenosa. Os protocolos de tratamentos são muitas vezes complexos e requerem acessos venosos repetidos e seguros (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). Dada a complexidade e intensidade dos tratamentos de cancro, os acessos venosos centrais de longa duração são cada vez mais uma prioridade num crescente número de doentes (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). Os dispositivos endovenosos de longa duração incluem os cateteres venosos centrais com reservatório subcutâneo (também conhecidos como totalmente

implantados). São mencionados como sendo cateteres venosos centrais de longa duração porque a sua porção distal fica localizada no terço superior da veia cava superior e pode ser mantido durante meses ou anos (Camp-Sorrell, 2010) . Posteriormente, este cateter é conectado a nível proximal a um reservatório subcutâneo, frequentemente na parede anterior do peitoral superior². Tal como o próprio nome indica, este dispositivo fica inteiramente oculto debaixo da pele, passando despercebido, e pode ser deixado no organismo durante anos (Zaghal *et al*, 2012).

O uso de CVCRS revolucionou os cuidados e a qualidade de vida dos doentes oncológicos, bem como de outros doentes que requerem terapêutica endovenosa (EV) de longa duração. Este tipo de cateter é uma opção muito eficaz e satisfatória quando é necessário um acesso venoso de longa duração, particularmente para a administração de citostáticos em doentes com cancro, que necessitam de administração intermitente de terapêutica por um longo período de tempo (Zaghal *et al* 2012). Estes dispositivos permitem a administração de quimioterapia e de antibióticos, e colheita de amostras de sangue sem necessidade de punções venosas repetidas (Faraj *et al* 2010). Através da utilização deste dispositivo, a medicação torna-se rapidamente diluída o que permite uma administração cómoda e segura de soluções concentradas, vesicantes ou irritantes sem provocar dor ou danos à parede do vaso com riscos mais diminuídos de extravasamento e flebites químicas (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). Para o doente, existem claras vantagens inerentes à colocação do CVCRS: menos visível e mais aceitável para o doente; não impõe restrições nas actividades de vida (como tomar banho ou nadar); menor risco de infecção relacionada com o cateter; menor risco de trombose relacionada com o cateter (Kurul, Suip e Aydin, 2002) .

Os enfermeiros têm responsabilidade acrescida no que respeita à manutenção dos dispositivos EV, e desempenham um papel central na prevenção de complicações dos mesmos (Camp-Sorrell, 2010). As complicações associadas ao CVCRS, como a oclusão, podem conduzir a atrasos no tratamento que afectam a qualidade de vida do doente (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). De salientar que a maioria das complicações associadas a este dispositivos são atribuídas a in experiência no manuseamento (Kurul, Saip e Aydin, 2002).

² A localização mais frequente é esta, mas em algumas situações opta-se pela implantação do reservatório em localizações menos usuais.

Apesar da grande utilidade destes cateteres a sua inserção e manutenção não são isentas de complicações. Por permitirem uma utilização prolongada, facilitam também a ocorrência de complicações durante esse período, tais como infecção, extravasamento, obstrução, trombose, hematomas e deslocamento do cateter. Alguns destes eventos podem ser tratados, mas nem sempre a remoção do dispositivo pode ser evitada (Vasques, Reis e Carvalho, 2009). Os CVCRS's são colocados com a expectativa de que irão estar funcionantes até que a necessidade frequente de um acesso venoso central deixe de ser sentida. Alguns tipos de dispositivos podem estar inseridos durante anos. No entanto, existem os que são removidos prematuramente devido a uma variedade de complicações (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). Substituir um CVCRS não funcionante é dispendioso e, em muitos casos, um procedimento invasivo com alguns riscos inerentes para o doente. A recolocação requer frequentemente um novo local de colocação, é exige consulta de cirurgia, imagens radiológicas e sedação, para além do risco de complicações associadas à cateterização de um acesso venoso central, aumentando os custos dos tratamentos. Ressalta então que resgatar um dispositivo poderá ser mais rápido e menos dispendioso do que a recolocação, evitando atrasos no tratamento. Entre outros aspectos é posta em risco e afectada a qualidade de vida do doente (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). Fan (1998) e Wener *et al* (1992) (citados por Kefeli *et al*, 2009, p.112) relataram que as infecções e os eventos trombóticos relacionados com o cateter resultam na remoção do cateter em 20-35% dos pacientes

Por isso mesmo, é urgente os enfermeiros adoptem medidas para prevenir as complicações associadas ao CVCRS (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008). As complicações associadas a este dispositivo podem ser imediatas (Quadro 1) ou tardias (Quadro 2):

Quadro 1. Complicações imediatas (após a colocação)

Complicação imediata	Incidência
Pneumotórax	1-4%
Hemotórax	1-11%
Embolismo	Rara
Punção arterial acidental	0-15%
Arritmia cardíaca	23-25% Arritmias ventriculares 6-40% Arritmias auriculares 0,9% Arritmias graves que requerem cardioversão
Tamponamento pericárdico	acima dos 10%
Lesão no plexo braquial	Rara

Fonte: Di Carlo, I., Biffi R. (2012) Totally implantable venous access devices. Management in mid- and long-term clinical setting. Italia: Springer

Quadro 2. Complicações tardias

Complicações tardias	Incidência
Infecção relacionada com o cateter	2.1-16%
Trombose	1-56%
Disfunção do cateter (Obstrução)	0.8-9%
Rutura do cateter	0.1-2.1%
Migração do cateter	0.2-1.7%
Embolização do cateter	0-3.1%
Erosão e perfuração da veia cava superior	0.4-1%
Extravasamento	0.5-6%
Infecção do local de alojamento do reservatório	2,5%
Dificuldade no acesso ao reservatório	0-1%

Fonte: Di Carlo, I., Biffi R. (2012) Totally implantable venous access devices. Management in mid- and long-term clinical setting. Itália: Springer

Pelo que podemos constar no quadro 2, a infecção relacionada com o cateter é uma das complicações mais frequentes, e esta questão poderá ser entendida no contexto da prevenção e/ou redução das infecções (adquiridas em contexto hospitalar). Mais uma vez, se recorrermos ao

Departamento da Qualidade da Saúde (da alçada do DGS) podemos constatar que este organismo define como uma das prioridades em segurança dos doentes “Melhorar o controle da infeção” o que, sustenta a necessidade de medidas como as aqui apresentadas, com vista ao cumprimento deste objetivo. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) tem como uma das linhas de ação o desenvolvimento de recomendações de boas práticas. Assim, este programa no que se prende com desenvolvimento de recomendações de boas práticas apresenta o documento emanado pelo Conselho da União Europeia que refere: *“A prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde deverão constituir uma prioridade estratégica de longo prazo para as instituições de cuidados de saúde. A cooperação deverá alargar-se a todas as funções e níveis hierárquicos para que os comportamentos e as mudanças organizativas sejam orientados para a produção de resultados, definindo responsabilidades a todos os níveis, organizando estruturas de apoio e recursos técnicos locais e instituindo procedimentos de avaliação”* (2009, p.2).

O Programa Nacional de Controlo de Infeção (Ministério da Saúde, 2006), ao apresentar as Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares menciona que as medidas para minimizar o risco de infeção associada à terapia intravascular devem compreender um equilíbrio entre a segurança do doente e o custo-benefício. Nas últimas duas décadas vários estudos têm demonstrado de forma consistente que o risco de infeção diminui, quando existe uniformização de práticas nos cuidados de assepsia e que a inserção e manutenção de cateteres intravasculares por profissionais inexperientes, pode aumentar o risco de colonização do cateter e consequentemente de bacteriémias relacionada com cateter. Uma das recomendações apresentadas, relacionada com a formação e treino dos profissionais evidencia: *“Dar formação contínua e treino aos profissionais de saúde no que respeita as indicações para o uso, os procedimentos para a inserção e manutenção dos dispositivos intravasculares e as medidas apropriadas de controlo de infeção para prevenir as infeções relacionadas com cateter”* (Ministério da Saúde, 2006, p.18).

A formação de coágulos e consequente obstrução do cateter surge como outra das complicações mais frequentes no CVCRS. Contudo esta pode ser prevenida na maioria das vezes, com uma correta heparinização dos lúmens do CVC e lavagem com SF 0.9% (após a administração de

terapêutica ou colheita de sangue). Assim, e dado que a implantação de um CVCRS é muitas vezes requerida na prática de cuidados a doentes oncológicos, devido a todas as suas vantagens, os enfermeiros devem estar familiarizados com o seu uso, procedimentos rotineiros de manutenção e opções de tratamento de complicações (Kurul, Saip e Aydin, 2002).

Pelo que vimos, a utilização de um CVCRS, na abordagem terapêutica ao doente oncológico, é cada vez mais uma realidade nos serviços de saúde em Portugal. O CVCRS deixou de ser apenas utilizado nas unidades de cuidados de oncologia, passando a ser uma constante nos diferentes contextos de cuidados. Os cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS exigem do enfermeiro conhecimentos teórico-práticos indispensáveis para a correcta manipulação e manutenção deste dispositivo, evitando complicações que poderão ser de enorme gravidade.

Em conclusão, a utilização deste tipo de dispositivo permite aos enfermeiros focar-se em outros aspectos importantes dos cuidados ao doente, em vez de dispendir tempo em esforços excessivos na obtenção e manutenção de acessos venosos temporários. Os enfermeiros são continuamente desafiados para manterem a familiaridade com as várias características dos distintos dispositivos vasculares, têm conhecimento de diversas rotinas de cuidados de manutenção, e são capazes de reconhecer e ajudar na resolução de complicações (Camp-Sorrell, 2010)

Os resultados encontrados na literatura tornam evidente a necessidade de uma mudança de política no sentido de implementar prática baseada na evidência (PBE) relacionada com a manutenção e manuseamento do CVCRS. A prática baseada na evidência é um conceito que se tornou parte integrante nos actuais sistemas de saúde. Os enfermeiros têm a responsabilidade de proporcionar cuidados ao paciente e família que sejam baseados na melhor evidência disponível para que possam potenciar os melhores resultados possíveis para o doente.

1.2. Cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS: que competências?

Os cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS são prestados, na maioria dos casos, por enfermeiros generalistas, nos diferentes ambientes de prestação de cuidados. No entanto, e face ao exposto anteriormente, julgo que o enfermeiro com grau de Mestre em

Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (opção em Enfermagem Oncológica) assume um importante papel. Este papel remete-se, por exemplo, à elaboração e implementação de normas com vista à uniformidade de procedimentos assentes na evidência disponível (com todos os aspetos inerentes à implementação de uma norma/protocolo de cuidados que vai desde a sensibilização e formação das equipas, até às auditorias internas de verificação de conformidades) que melhorem os resultados (*outcomes*) dos doentes. Para além disso, assenta também no desenvolvimento de medidas que garantam a continuidade de cuidados.

No documento emitido pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO) – Requisitos para a Prestação de Cuidados em Oncologia, no item referente aos requisitos específicos para a prestação de cuidados em oncologia médica é mencionado que: “*a instituição deve assegurar, internamente, ou por protocolo com outra instituição, a introdução de cateteres intra-venosos (...); O serviço deve possuir enfermagem com formação específica e competências na abordagem terapêutica do doente (...)*”(CNDO, 2009, p.10). É acrescentado ainda que para a prestação de cuidados oncológicos sistémicos, consideram-se três níveis (1,2 e 3) na área da Actividade Oncológica não-cirúrgica surge a manutenção de CVC. O mesmo documento, quando menciona os enfermeiros (enquanto prestadores de cuidados em oncologia) faz referência ao treino na manipulação e manutenção de CVC. Pela leitura deste documento ressalta a importância atribuída ao CVC em contexto de cuidados em oncologia e ao papel dos cuidados de enfermagem neste âmbito.

As necessidades e os problemas do doente oncológico, e mais especificamente no caso do doente portador de CVCRS, conduzem a cuidados específicos, muitas vezes complexos que exigem, da parte da enfermagem, competências que vão para além das do enfermeiro de cuidados gerais. Para desenvolver e manter as competências Le Boterf (2001, p.367) considera importante a articulação de três domínios: saber agir, querer agir e poder agir. Estas três fatores permitem a aquisição de competências, combinando a capacidade de conjugar e mobilizar recursos pertinentes, aliada à motivação e à existência de um contexto que seja favorável à competência. A complexidade dos cuidados de enfermagem e a sua circunstancialidade exigem diferentes níveis

de competência, envolvem tomadas de decisão, com valores em conflito, e requerem pensamento reflexivo.

A aquisição e/ou desenvolvimento de competências em enfermagem – ao nível de enfermeiro com grau de Mestre e Especialista – é sem dúvida o que se pretende com este trabalho. Compreender assim o que é um “enfermeiro especialista” e que competências lhe estão associadas é um ponto importante a apresentar. Tendo por base o modelo de desenvolvimento de competências defendido por Benner, creio que actualmente me identifico ao nível de enfermeira proficiente, pretendendo com este projecto atingir o nível de perito nesta área particular do cuidado em enfermagem oncológica. Benner (2001) descreve uma enfermeira perita como uma enfermeira com experiência e com conhecimentos teóricos e práticos. À luz de Benner, creio que esta problemática, em termos de um dos sete domínios da prática clínica de enfermagem, pode ser enquadrada no âmbito da administração e monitorização de intervenções relacionadas com medicação.

A literatura em enfermagem demonstra que cuidados de enfermagem efectivos resultam da combinação entre conhecimento, competências e atitudes, e têm uma dimensão intelectual, psicológica, espiritual e física; os enfermeiros que estão capacitados com conhecimento e perícia clínica terão muito para oferecer em todos os aspetos (Kvale e Bondevik, 2010).

Por seu turno, para a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista é definido como um *“... enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (2010a, p. 8648). Para além disso, e de acordo com o REPE o enfermeiro especialista é descrito como *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (OE, 1998, artigo 4º),

Nesta lógica de pensamento e, para a OE, as competências específicas decorrem do campo de intervenção definido para cada área da Especialidade. Embora a OE não tenha definido as competências específicas da especialidade Médico-Cirúrgica, nomeadamente na vertente de Enfermagem Oncológica, creio que se adaptam algumas considerações da OE sobre o Enfermeiro que se especializa na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, que tem como alvo de intervenção à pessoa ao longo do ciclo de vida e que dirige a sua acção “ *aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crónica e ou paliativa com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, ou acompanhamento do processo de morte e de morrer em todos os contextos de vida*” (OE, 2011, p.1).

A OE (2011) descreve os vários domínios de competências do Enfermeiro Especialista, que serão todas passíveis de serem alcançadas. Contudo, no âmbito deste relatório, sublinho a importância de alcançar as competências dos domínios: da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Para além disso, a *European Oncology Nursing Society*, através da publicação do seu *curriculum*, descreve que os enfermeiros em oncologia devem ser capazes de providenciar cuidados de enfermagem baseados em conhecimento científico. Neste sentido o enfermeiro “*implementa cuidados de enfermagem seguros e efectivos, ao longo do percurso do cancro*” (EONS, 2005, p. 20). Neste sentido julgo ser pertinente a apresentação (Quadro 3) das competências que pretendi desenvolver, tendo por base algumas das competências do enfermeiro especialista na área da oncologia, apresentadas pela EONS, e atendendo também os domínios e competências apresentados pela OE (2010). Objetivei assim, desenvolver competências de perito, ou seja, enfermeiro com grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção de enfermagem oncológica, nomeadamente no que concerne aos cuidados ao doente oncológico portador de CVCR.

A *Oncology Nursing Society* (ONS, 2008) ao enunciar as competências do enfermeiro em oncologia menciona determinadas competências que creio serem adequadas à problemática em questão: Formula e documenta um plano de acção baseado em *standards* de cuidados que resultam da evidência da investigação; Reflecte e avalia criticamente a sua própria prática.

Quadro 3. Domínios e Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Opção em Enfermagem Oncológica a atingir

Domínio	Competências
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; • Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade • Identifica métodos para avaliar os resultados das intervenções de enfermagem a pacientes com um diagnóstico de cancro passado, actual ou potencial. • Identifica mudanças necessárias no processo de cuidados (...), baseado na evidência para melhorar a prática de enfermagem oncológica. • Implementa intervenções que melhorem os cuidados em enfermagem oncológica relacionados com os complexos problemas nos cuidados ao doente que são consistentes com o sistema de recursos e com a evidência.
Gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. • Facilita a transição entre contextos de cuidados, garantindo a continuidade de cuidados • Planeia e implementa programas educacionais que respondam às necessidades dos profissionais para melhorar a prática e os resultados da enfermagem oncológica ao paciente com um diagnóstico de cancro passado, actual ou potencial. • Dissemina os resultados das mudanças nas práticas de enfermagem oncológica para diversos responsáveis (internos e externos)
Aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento • Determina os aspectos da prática de enfermagem oncológica que requerem mudança, melhorias ou manutenção, baseando-se na evidência disponível • Desenvolve novas soluções baseadas na evidência para os problemas relacionados com a prática de cuidados. • Incorpora informação baseada na evidência na prática de cuidados de enfermagem oncológica. • Desenvolve procedimentos e <i>guidelines</i> baseados na evidência disponível

Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2011) e EONS (2005)

Para além das competências apresentadas, é igualmente importante ter subjacente as orientações do Regulamento de Mestrado (ESEL, 2013), nomeadamente a formação especializada de elevado nível científico que visa: desenvolver uma prática baseada na evidência; promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde; cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados; influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem. Este ciclo de estudos estabelece as seguintes competências que também projetei desenvolver:

“a. Capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões, e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara;

b. Compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde;

c. Capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; Saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados” (ESEL, 2013).

1.3. Transição para Enfermeira Perita (Especialista) e a Aquisição de Competências

A eleição de um modelo que suportasse, sob o ponto de vista concetual a condução deste percurso de estágio recaiu sobre a Teoria das Transições de Meleis. Schumacher e Meleis (1994) definem transição como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. As mesmas autoras acrescentam que a transição pode ainda ser entendida como uma pausa entre o que foi e o que irá ser, tipicamente caracterizada por mudanças na identidade, papel, nas relações, capacidades e padrões de comportamento. As transições, para Meleis *et al* (2010) são em simultâneo o resultado de, e resultam em mudanças na vida, saúde, relações e ambientes. A transição é, portanto, um processo de movimento. Meleis e Trangenstein (1994) referem que as

transições frequentemente requerem que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos, e por isso mesmo mude a sua definição de “eu” no novo contexto.

De facto, o que pretendo neste relatório é descrever a minha transição, enquanto enfermeira generalista para o enfermeira com grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção em enfermagem oncológica, com um olhar mais especializado no cuidado ao doente oncológico portador de CVCRS. Afinal, foi exactamente este processo que ocorreu, e que assentou num projeto definido previamente, no qual se estabeleceram competências, objetivos e actividades a atingir e/ou desenvolver com vista à transição do estadió de enfermeira para enfermeira especialista com grau de mestre.

A Teoria das Transições articula-se em três dimensões: natureza das transições, condições das transições e padrões de resposta. Quanto à natureza da transição, a transição que represento foi já caracterizada na literatura como sendo uma transição situacional (educacional). A transição de vários papéis educacionais e profissionais são transições situacionais, que foram já objeto de estudos, e a transição dos enfermeiros ao realizar um programa de formação foi já igualmente alvo de atenção à luz da Teoria das Transições (Schumacher e Meleis, 1994). Para as mesmas autoras as transições de papéis na prática clínica ocorrem ao longo da carreira e, entre estas transições estão as mudanças nos contextos de práticas, regresso à prática clínica, mudanças na função e esfera da prática, que caracteriza então a transição que atravesso.

Para Meleis *et al* (2010) a investigação realizada no âmbito das transições suporta a noção das transições com padrões de multiplicidade e complexidade, o que quer dizer que em simultâneo se podem vivenciar pelo menos dois tipos de transições, o que indica que as transições não são discretas ou mutuamente exclusivas. Se tivermos em conta os padrões das transições, e atendendo a que as transições podem ser múltiplas e simultâneas, poderei também caracterizar esta transição múltipla, já que pode ser situacional e organizacional. Esta visão é apoiada por Schumacher e Meleis (1994) que referem que a adoção de novas políticas, procedimentos ou práticas também pode ser conceptualizada como uma transição (do tipo organizacional)

A natureza das transições refere-se ao tipo e aos padrões das transições, bem como às propriedades do processo de transição. Uma vez que as transições são complexas e

multidimensionais, as propriedades ou características essenciais incluem a consciência da transição, compromisso no processo de transição, identificação de mudanças e diferenças entre o estado anterior e o actual, intervalo de tempo, e pontos críticos e eventos que marcam o processo de transição. As condições das transições referem-se factores que poderão facilitar ou inibir o processo de transição, tais como fatores pessoais, sociais ou da comunidade. Os significados, as atitudes e crenças, ligados ao processo de transição são exemplos de factores pessoais. A última dimensão refere-se aos padrões de reposta que abarca os indicadores de processo (sentir-se ligado, interacção, localização e estar situado, desenvolvimento de confiança e coping) e os indicadores de resultado (domínio/mestria e identidade integrativa fluida).

Relacionado com este processo de transição surge o modelo de aquisição de competências de Benner. Este modelo teórico, baseado no Modelo de Dreyfus de aquisição de competências faz referência a cinco níveis de desenvolvimento: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). A autora menciona que o Modelo de Dreyfus sugere uma nova forma de aprender a diferença entre teoria e prática, referindo que a experiência permite à especialista tomar decisões rápidas fundadas em exemplos concretos.

Para a autora (Benner, 2001) a experiência é necessária para a perícia e o saber-fazer é adquirido pela experiência. Refere ainda que o enfermeiro perito se apercebe da situação como um todo, utilizando como paradigmas de base situações concretas que já experienciou, e vai assim de modo directo ao cerne do problema, não atendendo a um grande número de considerações inúteis. A autora refere ainda que o conhecimento prático adquire-se como o tempo, e os enfermeiros nem sempre se dão conta dos seus progressos. É então necessário definir estratégias para que haja um conhecimento desse saber-fazer, para que este possa ser desenvolvido e melhorado. Os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem, bem como do desenvolvimento da ciência de enfermagem (Benner, 2001). Dreyfus e Dreyfus (2009, p.17) referem que a enfermagem é uma combinação de teoria e prática, na qual é claro que a teoria guia a pratica e a prática a teoria de um modo que modo desafia qualquer tentativa filosófica a dizer qual é superior a qual.

A mesma autora apresenta ainda os Domínios dos cuidados de enfermagem definindo alguns que considero importante no contexto deste relatório tais como: a função de ajuda; a função de educação, de orientação; a função de diagnóstico e de vigilância do doente; a administração e vigilância dos protocolos terapêuticos; e assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados.

2. METODOLOGIA

Como modo de atingir as competências definidas e as actividades delineadas, a metodologia escolhida foi a realização de Estágio em três contextos distintos: Hospital de Dia de Oncologia, Oncologia Médica e Medicina Interna. Na fase anterior à realização deste relatório, foi elaborado o Projeto de Estágio, o qual foi uma importante ferramenta na definição de competências e actividades a desenvolver durante o mesmo.

Aliadas à realização de ensinamentos clínicos surge a prática reflexiva, norteadas em algumas situações pelo Ciclo de Gibbs e a partilha de experiências com os pares. Também como metodologia, a própria elaboração deste relatório de estágio, resultado da sistematização das análises e reflexões realizadas e das competências desenvolvidas.

Para além disso, a pesquisa bibliográfica em bases de dados como a EBSCO, MEDLINE, SCIELO, COCHRANE e CINAHL, foi imprescindível para enquadrar a importância da uniformização de cuidados e definir os procedimentos ao doente oncológico portador de CVCRS.

3. PERCURSO REALIZADO

Neste capítulo pretende-se descrever o meu percurso, de forma estruturada e refletida em estágio, no contexto de formação de enfermeira com grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica, opção em Enfermagem Oncológica. Considero que esta é uma situação de transição e vulnerabilidade pelo que a Teoria das Transições foi escolhida para ajudar a compreender a minha experiência enquanto enfermeira neste processo de transição. É importante compreender as percepções acerca da transição, adaptação e coping com o processo.

Desde logo, a elaboração do projeto de estágio prévio pode ser interpretada como traduzindo as propriedades de consciencialização e compromisso definidas por Meleis. Schumacher e Meleis (1994) mencionam que o nível de planeamento que ocorre antes e durante a transição é outra condição que influencia o sucesso da transição. Um planeamento extensivo ajuda a criar uma transição suave e saudável. Um planeamento efectivo requer identificação dos problemas e necessidades que podem surgir durante a transição. Com base nisto, a elaboração prévia do projeto de estágio revela um nível de planeamento avançado, com a descrição de objetivos, competência e actividades a realizar em cada um dos contextos eleitos.

Para além disso, os próprios locais de estágio eleitos podem ser entendidos, tendo por base Meleis, como um elemento facilitador da transição (relacionado com a preparação e conhecimento). Nesta mesma lógica, também os supervisores dos estágios poderão também ser compreendidos como facilitadores da transição que atravesso, já que foram aquelas em posição de me proporcionar apoio. A forma como este estágio foi organizado, bem como os locais eleitos para a sua concretização, são justificados pela forma como estes contextos poderiam favorecer, contribuir para a aquisição/ desenvolvimento das competências anteriormente apresentadas. Competências essas que permitirão o reconhecimento como profissional qualificada com competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem

Oncológica, tendo por base também os objetivos definidos para o Curso de Mestrado. À luz de Meleis (2010), este reconhecimento pode ser entendido indicador de resultado da transição, caracterizado por identidade integrativa fluída e domínio. Meleis (2010) identifica as condições facilitadores e inibidoras da transição as quais incluem as condições pessoais tais como os significados e a preparação e conhecimento. No que diz respeito aos significados é importante compreender o significado atribuído aos eventos que precipitam a transição e ao processo de transição em si que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Relativamente à “preparação e conhecimento” a preparação com antecedência facilitou a experiência de transição. Inerente ao processo de preparação está o conhecimento acerca do que esperar durante a transição e que estratégias serão úteis na sua gestão, e estes aspetos foram previamente operacionalizados no projeto elaborado.

Assumindo as competências que pretendo desenvolver de acordo com a problemática/área do cuidar em análise, defini como objetivos gerais dos estágios:

- Prestar cuidados de enfermagem de excelência ao doente oncológico portador de CVCRS;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança do doente oncológico portador de CVCRS

Os objetivos gerais estabelecidos para a realização deste estágio foram: prestar cuidados de excelência ao doente oncológico portador de CVCRS e promover a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS:

Antes de iniciar a apresentação das actividades realizadas em cada um dos contextos de estágio apresento previamente uma das actividades delineada para cada um dos três ensinamentos clínicos, transversal a todo o percurso:

- Reflectir sobre os momentos de aprendizagem

A par da prática, mantive uma atitude reflexiva em relação à mesma, realizando reflexões, baseando-me no Ciclo de Gibbs acerca de situações particulares que por algum motivo em particular despertaram o meu interesse. Para Lasater (2011) as reflexões escritas depois das

experiências clínicas práticas são uma estratégia para ajudar a processar as experiências e aprender com elas. Algumas dessas reflexões foram estruturadas formalmente e representadas no final deste documento (Apêndices 1,2,3). É no entanto claro, que as actividades reflexão não ficaram resumidas a esses documentos formais, sendo que foi um processo contínuo, realizado muitas vezes de forma informal e não estruturada em papel.

3.1. Hospital de Dia de Oncologia

Os motivos que estiveram subjacentes à escolha deste campo de estágio prendem-se, entre outros aspectos com: as oportunidades de aprendizagem que este serviço oferecia para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais como Mestre e Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (opção em Enfermagem Oncológica); com o meu interesse em conhecer uma realidade dentro da instituição onde trabalho, relacionada com a prestação de cuidados a doentes com CVCRS. Este ensino clínico teve a duração de 144 horas, teve como objectivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos na área dos cuidados ao doente portador de CVCRS;
- Desenvolver competências na área dos cuidados ao doente portador de CVCRS;
- Observar e colher dados importantes no que se prende com as práticas actuais que se realizam e nos protocolos existentes;
- Identificar áreas deste cuidado específico que poderão ser sujeitas a melhorias neste contexto;
- Partilhar experiências prévias e conhecimentos com os meus pares.
- Definir e implementar estratégias que permitam a garantia da continuidade de cuidados;

Após a apresentação dos objetivos passo de seguida descrever as atividades desenvolvidas no sentido de atingir os atingir:

- ✓ Entrevistar a Enfermeira-Chefe para compreender a estrutura física e modo de funcionamento do serviço;

A integração no espaço físico do serviço decorreu de forma tranquila e rápida. O conhecimento da unidade facilitou todo o processo de integração a reciprocidade da Sr.^a Enf^a Chefe e dos meus pares foi, sem dúvida, um fator facilitador neste processo. O sentir-me integrada tanto pelos meus pares como pelos próprios doentes e famílias foi igualmente um fator facilitador. Durante a realização dos primeiros turnos foi possível compreender a dinâmica do serviço, compreender o percurso dos doentes dentro do serviço, ter conhecimento do tipo de doença oncológica mais frequente, cuidados prestados e articulação entre serviços. Relativamente à articulação entre serviços foi premente compreender como se processa tanto dentro da própria instituição (por exemplo entre HDO e serviços de internamento e vice-versa) como entre a comunidade e o hospital.

- ✓ Conhecer a dinâmica do serviço, no que respeita aos cuidados ao doente portador de CVCRS;

Aqui, os CVCRS são usados frequentemente em doentes de cancro da mama e cancro colorrectal. Os CVCRS são indicados particularmente para a administração de citostáticos e/ou medicação EV durante um longo período de tempo. Estes dispositivos são implantados, por exemplo, em doentes que requerem terapêutica com trastuzumab adjuvante no cancro da mama, que realizam terapia infundida de 3/3 semanas durante vários meses.

Compreender como se processa a continuidade de cuidados relacionada com os doentes portadores de CVCRS levou-me a uma reflexão um pouco mais aprofundada da situação. Levou-me inclusivamente a discutir com a Sr.^a Enf^a Chefe e com os meus pares, a necessidade de alterar a folha de colheita de dados. Na actual folha de colheita de dados não existe espaço para colocar dados relativos ao CVCRS, o que me parece, dada a importância do mesmo neste contexto ser um aspecto que pode e deve ser sujeito a melhorias. Com vista então a efectuar essa melhoria foi sugerida a introdução nesse documento (folha de colheita de dados) de: data de colocação do cateter, marca do cateter, local de implantação do reservatório. Creio que é uma mudança ténue e simples no conhecimento da pessoa cuidada, mas de extrema importância no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem. Esta sugestão foi discutida com a equipa e recebida com agrado. Para além disso, a ausência de espaço próprio para outro tipo de informações, leva talvez

a uma desadequação do instrumento em relação á actual realidade deste contexto, que ao longo do tempo foi alterando também as suas necessidades em termos de conhecimento do doente. Também, a equipa sentia já esta necessidade de reformular a folha de colheita de dados utilizada, tendo em conta outros fatores da sua prática de cuidados, pelo que me disponibilizei para colaborar nesta reforma e dar o meu contributo em especial no que concerne aos dados relacionados com o CVCRS.

A leitura e consulta atenta dos processos clínicos revelaram-se uma dificuldade acrescida na obtenção das informações relativas ao CVCRS. Não se sabe por exemplo em que fase do tratamento da doença e evolução da mesma se optou pela colocação do mesmo, se houve ou não sugestão, devidamente fundamentada por parte da equipa de enfermagem ao oncologista no sentido de implantar um CVCRS, enfim quais foram os critérios subjacentes à colocação de um CVCRS. Apesar da colocação e de todos os aspetos subjacentes à mesma deste dispositivo serem da maior importância no cuidado ao doente oncológico portador de CVCRS, para ter acesso à data de colocação do dispositivo, é muitas vezes necessário recorrer ao processo cirúrgico do doente. Não existe uma informação centralizada e facilmente identificável relacionada com este dispositivo no processo clínico do doente. Ou seja, para aceder às informações relativas ao CVCRS (como data de colocação, indicações para colocação, local de implantação) é necessário consultar o processo cirúrgico do doente, ler o processo oncológico, consultar notas médicas e de enfermagem.

Identificar e analisar as situações de complicações relacionadas com o CVCRS revelou-se também uma tarefa árdua neste contexto, somente possível pela leitura contínua do diário de enfermagem e clínico, onde por vezes surgem referências às ditas complicações, mas onde é difícil perceber as intervenções realizadas. Dada a frequência de complicações associadas ao manuseamento e manutenção do cateter, relatadas na literatura, e à verificada falha na continuidade de cuidados (doentes que ficam diversos meses sem heparinizar o cateter (ver apêndice 1), planeei, concebi, apresentei e sugeri a implementação de um instrumento (documento) para registo de complicações e situações anómalas (ver Apêndice 4). A posterior análise destes registo traria, sem duvidas importantes contributos para esta área do cuidar que poderiam conduzir a alterações nos cuidados e, conseqüentemente um contributo na melhoria

continua da qualidade dos mesmos. Foi opinião unânime da Enf^a-Chefe e dos enfermeiros do Serviço.

O doente oncológico tem uma maior probabilidade de trombose e infeção como parte do seu processo de doença e tratamento, e que os cuidados de enfermagem podem eliminar ou reduzir as complicações (Galloway, 2010). Também a administração de quimioterapia é uma das áreas onde a qualidade dos cuidados de enfermagem pode, potencialmente, ter um significativo impacto nos resultados do doente e nas suas experiências (Griffiths, 2012).

Os indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem, segundo a *American Nurses' Association* (ANA) têm um foco na forma como os doentes e a sua condição são afectados pela sua interacção com os enfermeiros (Jansson, 2010). A autora apresenta uma revisão da literatura onde se constata que os resultados geralmente considerados como sensíveis aos cuidados de enfermagem podem ser agrupados em quatro grupos, sendo um deles relativo à segurança. A segurança inclui incidentes adversos e complicações como trombose, quedas, hemorragia e infecção. Verifica-se então que alguns destes incidentes estão também relacionados com os cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS.

- ✓ Observar a equipa na realização de cuidados específicos ao doente com CVCRS, como sejam: punção, colheita de sangue, heparinização, administração de terapêutica e desobstrução;
- ✓ Consultar normas e protocolos de serviço relacionados com o CVCRS

Consultar normas e protocolos do serviço relacionados com o CVCRS foi um dos primeiros passos realizados, até mesmo previamente à realização do ensino clínico. Embora o serviço disponha de uma norma elaborada há já alguns anos, foi possível identificar aspetos que necessitam de revisão, justificada pela evidência atual. Esta actividade foi importante para, mais uma vez compreender e justificar a realização do ensino clínico neste contexto.

Da observação decorre que existem princípios essenciais que são de facto mantidos por todos os enfermeiros, como seja o princípio da assepsia. A assepsia é portanto um denominador comum

em todas as intervenções relacionadas com o CVCRS. No entanto não se denota um padrão de atuação comum transversal a todas as intervenções de todos os enfermeiros ao doente oncológico portador de CVCRS. Verifica-se que determinados procedimentos estão associados a cada enfermeiro em particular, e que esse enfermeiro realiza os cuidados e procedimentos de igual forma em todas as situações. Provavelmente esta realidade traduz a ausência de normas de procedimentos nesta área noutros serviços, já que cada um dos enfermeiros que aqui trabalha já ter trabalhado em diferentes serviços de internamento.

- ✓ Discutir, informalmente, com os pares, para partilha de conhecimentos e experiências;

A minha experiência prévia, especialmente em contexto de realização de ensinamentos clínicos no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica permitiu-me partilhar algum *know-how* com os meus pares. De facto, ter realizado previamente estágios em diferentes unidades de hospital de dia e em Oncologia Médica permitiu-me observar e prestar cuidados a doentes portadores de CVCRS, apercebendo-me também de boas práticas e igualmente de dúvidas nos cuidados. A partilha destas experiências, e a partilha dos meus pares das suas próprias experiências e dúvidas proporcionou a ambos um enriquecimento profissional. Conhecer as dúvidas de cada um e partilhar também os conhecimentos, as competências e as experiências permite redireccionar o olhar e redefinir estratégias. Foi interessante verificar que, embora os enfermeiros já tenham em algum momento discutido entre si algum tipo de dúvida nos cuidados ao doente portador deste tipo de dispositivo, nunca haviam colocado estas dúvidas sob a forma de problema. Ou seja, apesar de constarem diferenças nos cuidados, nunca concetualizaram esta diferença como um problema, embora com consciência de algumas consequências, para o doente, destas nuances relacionadas com a prática de cada um.

- ✓ Identificar as necessidades dos doentes oncológicos portadores de CVCRS, através do estabelecimento de uma relação terapêutica

Fundamentalmente os doentes referem que quando se lhes colocam o dispositivo lhes é dito que será importante a sua colocação já que isso irá garantir um acesso venoso sempre que precisarem, seja em que contexto for. No entanto, quando confrontados com a necessidade de recorrer a contextos de prestação de cuidados não específicos da área de Oncologia, geralmente os

profissionais não se preocupam em averiguar se o doente é portador de um CVCRS e, inclusivamente quando sabem que efectivamente é, não é prioridade ou mandatário puncionar esse acesso. Em vez disso realizam várias e dolorosas tentativas (muitas vezes sem sucesso) de puncionar um acesso venoso periférico. Os serviços mais referidos pelos doentes onde vivenciam estas situações são: Serviço de Urgência, Posto de Colheita de Sangue, Imagiologia, Serviços de Internamento (Medicina Interna e Cirurgia)

Para além disso, os doentes referem uma falta de conhecimento sobre os cuidados a ter com o cateter, nomeadamente com necessidade de heparinização do mesmo. Constato aqui uma preocupação esquecida, latente também por parte dos profissionais, em assegurar a continuidade de cuidados, garantindo que o doente compreendeu quando e onde deve recorrer para heparinizar o cateter. Fruto disso mesmo é a situação descrita na reflexão 1 (Apêndice 1). Daqui surgiu também a necessidade da utilização de um cartão para o doente portador de CVCRS (ver apêndice 5)

- ✓ Prestar cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS em regime de terapêutica citostática EV

Neste contexto tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente oncológico/família que se encontravam sob quimioterapia. Trata-se que um tratamento agressivo que é vivenciado por cada um de um forma única e irrepetível. Em termos de cuidados de enfermagem, a administração de quimioterapia é um importante momento que vai para além da administração de terapêutica e da punção de um CVCRS ou de um acesso EV.

A prestação de cuidados foi dirigida ao doente portador de CVCRS mas não se resumiu simplesmente a isso. O meu olhar, a minha atenção e os meus cuidados tiveram também como recetor os outros doentes que não recebiam o tratamento por meio de CVCRS. Esta mudança de foco dos meus cuidados foi muito importante em diversos aspectos. Ajudou-me por exemplo a realizar os benefícios da utilização de CVCRS. Existe uma diferença enorme entre os doentes portadores de CVCRS e aqueles que não o têm. Não digo, em absoluto, que todos os doentes em regime de quimioterapia deveriam colocar CVCRS mas, as vantagens são bem evidentes em doentes que necessitam de abordagens que implicam administração prolongada de terapêutica

(como nos protocolos de quimioterapia em doentes com cancro da mama, reto e cólon). Nos doentes sem CVCRS existe logo á partida, e na maioria dos casos, mais ansiedade em relação à realização do tratamento, relacionado com ao acesso venoso. Será que me vão conseguir picar à primeira? Será que vou ter muita dor? Estas são questões que assolam a mente dos doentes que não são portadores de CVCRS. Da minha perceção, os doentes portadores de CVCRS por seu lado apresentavam, em relação aos primeiros, menos ansiedade em relação a estão questão. Para além disso, em termos de cuidados de enfermagem, sobra mais tempo para nos dedicarmos a outros aspetos importantes no cuidado ao doente oncológico submetido a quimioterapia.

Muitos doentes com cancro enfrentam difíceis problemas físicos decorrentes da sua doença e modalidades de tratamento que podem trazer sérios efeitos secundários. Os protocolos de quimioterapia podem ser bastante exigentes, tanto para os doentes, como para os enfermeiros (Kvale e Bondevik, 2010). Kvale e Bondevik (2010) num estudo qualitativo realizado para compreender as percepções dos doentes acerca da importância do conhecimento dos enfermeiros acerca do cancro e dos seus tratamentos, os doentes descrevem como os enfermeiros sem boas competências técnicas aumentam o seu sofrimento e insegurança durante o tratamento. Se recordarmos a hierarquia das necessidades de Maslow, sentir-se seguro é a necessidade mais básica de um ser humano. Neste mesmo estudo, os autores referem que os doentes descrevem o dilema que experienciam quando os enfermeiros não pedem ajuda quando não são bem-sucedidos na punção venosa e como isto influencia o seu bem-estar. Garantir um acesso EV foi também identificado pelos doentes nesse estudo como um importante aspeto da qualidade profissional dos cuidados.

É interessante vermos que alguns estudos revelam que doentes com cancro priorizam a competência técnica dos enfermeiros como a mais importante para bons cuidados (Kvale e Bondevik, 2010). Os conhecimentos profissionais são muito importantes para ganhar a confiança do doente. A confiança é identificada como um valor-chave na relação enfermeiro-doente e tem sido descrita pelos doentes como importante para o seu bem-estar. Quando a confiança é estabelecida, os doentes sentem-se confiantes, seguros e menos vigilantes (Kvale e Bondevik, 2010). A confiança muitas vezes é desenvolvida ao longo do tempo, e a continuidade dos cuidados dá aos enfermeiros o tempo necessário para demonstrar conhecimentos profissionais e,

consequentemente, ganhar a confiança do doente. Daí a importância de um doente em contexto de cuidados seja preferencialmente cuidado pelo mesmo enfermeiro, ou que pelo menos que tenha um enfermeiro de referência atribuído e que seja informado desse facto. Em princípio, a relação estabelecida será mais próxima entre ambos.

A administração segura de terapêutica endovenosa é um papel central e uma competência essencial neste contexto (Llanos, 2013). A administração de um citostático, o iniciar ou o terminar de uma sessão ou de um ciclo são momentos de extrema ansiedade e, em alguns casos de alegria. Cada um destes pequenos passos é encarado como uma vitória. A cada dia, a cada nova sessão existem dúvidas, existem questões que são importantes esclarecer. Cada uma dessas questões e dessas dúvidas dependem da fase do tratamento em que se encontram (se é quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante), em que fase da doença se encontram e também, em que fase de adaptação à doença se encontram. Dar espaço para a expressão de preocupações, emoções e dúvidas foi um aspeto importante do cuidar do doente/família nestes momentos.

Para Benner (2001, p. 84) as enfermeiras peritas estão conscientes do seu valor junto dos doentes e da necessidade de permitir aos doentes a expressão de sentimentos, emoções e necessidades. Esta é uma competência incluída no domínio da função de ajuda apresentada pela autora.

Neste serviço, a ida do doente para casa com um infusor com terapêutica citostática durante 2 ou 3 dias é uma realidade (podendo ainda este período ser mais longo, de acordo com a programação específica de cada tratamento, adequado à pessoa e ao estadio da doença). No entanto, não é por ser uma actividade frequente que se torna rotineira e descuidada. Pelo contrário, existe uma notória preocupação na educação do doente/família em relação ao dispositivo que levará consigo. Neste sentido, o enfermeiro deve estar atento às características/fatores do doente que podem afetar a aprendizagem do doente como: a idade, estado físico e mental, nível de educação e nível de estresse. Fornecer ao doente um recurso, como seja um contacto telefónico, pode diminuir a ansiedade de regressar a casa com um dispositivo pouco familiar (Camp-Sorrell, 2010).

A utilização de infusores portáteis nos doentes portadores de CVCRS é sem dúvida um aspeto muito positivo para a qualidade de vida dos doentes/família. São utilizados para infusão contínua de quimioterápicos, principalmente nos protocolos para tratamento de cólon e reto. O formato

compacto possibilita ao doente o uso no domicílio. Desse modo, mantém as atividades diárias, enquanto recebe o medicamento e, para além disso, a internamento hospitalar é dispensado e o risco de infecção é reduzido. O infusor portátil é descartável, discreto, leve e pode ser acomodado na cintura através de uma pequena bolsa. Cada doente pode e deve encontrar uma forma de adaptar o uso do infusor às suas atividades diárias, sem comprometer o sucesso e a segurança do tratamento, garantindo a qualidade de vida. Este dispositivo apresenta como vantagens as seguintes: Possibilita o tratamento no domicílio, mantendo a atividade familiar, social e profissional; Diminui os efeitos indesejáveis do tratamento, por ser administrado lentamente; Melhora o efeito terapêutico dos medicamentos, por ser administrado de forma contínua, num determinado período de tempo; evita internamentos desnecessários; diminui o número de deslocações ao hospital.

Os regimes intensivos de quimioterapia (como os utilizados com os infusores) podem ser mais efetivos no tratamento da doença, mas têm também associados um significativo número de efeitos adversos, e a gestão optimizada destes efeitos adversos pode melhorar os resultados para o doente (Baker, 2008). À maioria dos tratamentos sistémicos estão associadas reacções relacionadas com a infusão da droga, cuja manifestação clínica e severidade são variáveis e podem envolver diferentes sistemas do organismo (Vogel, 2010). Os sinais e sintomas podem ocorrer durante a administração ou durante o primeiro dia após a administração da medicação, pelo que a intervenção e capacidade de detecção destes sinais e sintomas é de extrema importância. Aqui, os doentes têm uma relação muito próxima com os enfermeiros e recebem informação acerca dos possíveis efeitos secundários e como lidar com os mesmos. Foi verbalizada pelos doentes/família a no desejo de um contato telefónico ou um serviço onde recorrer em caso de necessidade.

Noutras fases da doença, por exemplo em cuidados paliativos, este mesmo dispositivo é utilizado para administração contínua de mesclas de terapêuticas para controlo de sintomatologia. O desenvolvimento de competências nesta área, que não estavam previamente definidas, constituiu-se também como uma mais-valia em termos da prática de cuidados para o meu contexto diário de cuidados.

A maioria dos doentes no HDO estava acompanhado por um familiar ou amigo, que em muitos casos por ser visto como o cuidador. O cuidador, em oncologia, pode ser definido como alguém que partilha a experiência de cancro com o doente. Num trabalho realizado por Mcilfattrick, Sullivan e McKenna (2006) os resultados indicam que os cuidadores experienciam transições similares às dos doentes no que respeita a transição de saúde-doença e transições organizacionais (mudanças de serviço). Os cuidadores adotam vários papéis no hospital de dia como “estar com” (acompanhar) e protecção (vigiar), bem como de cuidados práticos e papel de advogado. Estes resultados são importantes para a prática de cuidados, e os profissionais necessitam reconhecer o papel dos cuidadores no contexto de hospital de dia de quimioterapia e facilitar o seu envolvimento nos cuidados (Mcilfattrick, Sullivan e McKenna, 2006).

Aqui, embora tenha tido a oportunidade de desenvolver competências na administração de terapêutica relacionada com a quimioterapia tanto por acessos periféricos como pelo CVCRS, dirigi a minha atenção para a administração através do CVCRS. Creio que a administração de terapêutica por esta via se coaduna com a competência referida por Benner (2001) no domínio da administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos, apresentado como competência dentro deste domínio: *“pôr a funcionar e vigiar um tratamento por via endovenosa com o mínimo de risco e complicações”* (2001, p.150). Em relação a esta competência a autora acrescenta *“uma vez esta competência dominada, é difícil para uma enfermeira experiente explicar por que estados passou”* (2001, p.150).

Na fase final do estágio foi bastante gratificante o carinho e o reconhecimento demonstrado pelos doentes/famílias em relação aos meus cuidados. Foi importante perceber que, para os doentes/família o trabalho desenvolvido fazia sentido e que era valorizado. Acabei por ficar conhecida pelos doentes como a *“Enfermeira dos cateteres”*. Esta afirmação repercutiu em termos de ganhos de confiança, um dos indicadores de processo referidos por Meleis (2010).

- ✓ Aprofundar a revisão da literatura e elaborar e facultar *dossier* com bibliografia pertinente na temática em análise;

Durante a realização deste estágio, a exigência em termos de conhecimentos e competências era diária. Por isso mesmo, foi despoletada em mim uma necessidade de realizar diversas pesquisas,

revisão da literatura e consulta de evidência disponível relacionada com alguns problemas da prática de cuidados neste contexto, como a gestão dos efeitos secundários da quimioterapia e relação enfermeiro-doente em contexto de Hospital de Dia de Oncologia. Dessas pesquisas resultou a elaboração de um *dossier* contendo artigos relacionados com os cuidados ao doente portador de CVCRS mas que incluiu também outros aspectos, que demonstraram também ser uma necessidade da equipa, como por exemplo a actualização de cuidados em situações de extravasamento via CVCRS.

Face à actual situação da Instituição no que diz respeito à implementação CIPE (actualmente em fase de implementação em todos os hospitais de dia), e antevendo necessidades, adotei uma atitude proactiva disponibilizando-me para colaborar (e iniciei de facto já caminho) no que se refere ao levantamento de focos e intervenções, segundo esta classificação, relacionados com os cuidados ao doente portador de CVCRS para inserir na aplicação informática.

O sentimento nos doentes que se encontram assintomáticos e em regime de *Follow-up* que recorrem ao hospital de dia para fazer heparinização do cateter, é ambivalente. Por um lado o contentamento claro, expresso na sua face à entrada, pela sua expressão. Por outro, creio que o regressar aquele ambiente, ter contacto com os doentes e ser novamente “picado no cateter” os faz reviver, ainda que por curtos momentos muito daquilo porque passaram anteriormente. Mas, creio que o sentimento de alegria prevalece. Para os outros doentes acaba um pouco por funcionar como um incentivo, um aumentar de ânimo grátis!

Devido ainda à variabilidade encontradas na literatura em relação à periodicidade da heparinização do cateter e pela falta de coordenação verificação no ensino ao doente relativamente à data da próxima heparinização do cateter, verificamos uma grande variação nos períodos decorrentes entre uma heparinização outra. Actualmente a periodicidade apresentada nos estudos aponta para 8 semanas, mas julgo que dentro de pouco mais evidência será produzida no sentido de aumentar ainda mais este intervalo. O aumento do intervalo entre heparinizações foi preferido pelos doentes num estudo realizado já que o regresso ao local onde realizaram tratamento de quimioterapia é muitas vezes um factor de *stress* para o doente. O aumento do

intervalo entre heparinizações aumenta a qualidade de vida tanto do doente como da família já que reduz o impacto da doença para ambos. Para além disso também reduz os custos para o sistema de saúde (em termos gastos no equipamento utilizado, desperdício e eliminação de resíduos (Kefeli *et al*, 2009).

No nível de proficiente, os enfermeiros percebem as situações como um todo e actuam orientados por um profundo conhecimento da situação. No nível de perito, existe um enorme background de experiência e coexiste um domínio intuitivo de cada situação (Benner, Tanner e Chesla, 2009). Para Sharoff (2010) a jornada de se tornar um especialista (perito) e um profissional competente exige que o enfermeiro incorpore conhecimentos e competências de vários domínios, para além do nível prático, na sua personalidade e prática profissional. Segundo a mesma autora, podemos então concluir que o centro epistemológico da perícia profissional é constituído por: conhecimento tático, saber accidental, conhecimento prático, conhecimento informal, conhecimento explícito, reflexão na acção, raciocínio crítico e reflexão sobre a acção

3.2. Oncologia Médica

O ensino clínico em Oncologia médica foi realizado num hospital do Principado das Astúrias e teve a duração de 168 horas, repartidas entre turnos de manhã e tarde. Elegi este local pelas características a nível organizacional e dos doentes internados, e pela riqueza de possíveis situações de cuidados com doentes portadores de CVCRS.

Em termos de práticas *standardizadas* ao doente portador de CVCRS este serviço representa um contexto de excelência para o desenvolvimento de competências neste domínio, assentes na perícia decorrente da prática, da experiência. Para além disso, a Sr^a Enf^a-Chefe deste serviço foi a coordenadora do projeto de elaboração e publicação do manual de CVCRS editado nas Astúrias, razão pela qual a encaro como um supervisor de excelência nesta área. A aprendizagem ao nível de *expert* foi identificada, num trabalho realizado por Daley (1999), como um processo construtivista utilizando a integração ativa de conceitos e estratégias auto-iniciadas. Para além disso, os *experts* identificam diferentes factores organizacionais que facilitam ou prejudicam a sua aprendizagem.

Esta situação pode igualmente ser entendida á luz da Teoria das Transições, já que Schumacher e Meleis (1994) referem que a presença de um perceptor de suporte, mentor ou modelo de papel foi identificado como um importante recurso durante as transições a nível profissional. Acrescentam ainda que os perceptores (que creio poder entender também como orientadores) facilitam as transições de papéis na prática clínica, e um mentor experiente pode facilitar a transição servindo de guia ou modelo.

Na planificação do ensino clínico a realizar no contexto de um serviço de Oncologia Médica foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as práticas de cuidados relacionados com o doente oncológico portador de CVCRS;
- Consultar, conhecer e executar protocolos/normas de actuação disponíveis no serviço;
- Fundamentar a prática clínica especializada ao doente oncológico portador de CVCRS;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados ao doente oncológico portador de CVCRS.

Para a concretização dos objectivos gerais e específicos definidos para o estágio neste contexto desenvolvi as seguintes actividades:

- ✓ Entrevistar a Enfermeira-Chefe para compreender a estrutura física e modo de funcionamento do serviço;

Conhecer a estrutura física do serviço e o modo de funcionamento do serviço é essencial para a integração no mesmo. Conhecer os locais do material, a disposição das unidades dos doentes bem como o circuito dos doentes e produtos permite deter uma autonomia nos cuidados que é depois importante para o desenvolvimento da minha prestação diária de cuidados, já que me possibilita circular no serviço e compreender a dinâmica do mesmo. Foi uma tarefa facilitada pela abertura da equipa multidisciplinar que me recebeu de forma muito espontânea e acolhedora (fator facilitador da transição).

- ✓ Questionar a Enfermeira-Chefe acerca do processo de elaboração manual de manuseamento de CVCRS editado pelo Sistema de Saúde do Principado das Astúrias (uma vez que foi a coordenadora)

Entre outros, este foi um dos principais motivos subjacentes à minha escolha deste local de ensino clínico. Poder estar lado a lado com alguém que desenvolveu um projeto nesta área e que está já em fase avançada de implementação foi, sem dúvida, o motor impulsionador desta escolha que, desde já posso garantir ter sido muito produtiva. Tomar consciência das dificuldades sentidas, dos benefícios provenientes da implementação de normas e de ver o projeto chegar a bom porto são tudo fatores que trazem bastante optimismo e força para continuar o meu próprio percurso. Foi deveras importante no que concerne a alguns aspetos práticos para a elaboração do Guia (Cateter Venoso Central com reservatório Subcutâneo – Guia para Enfermeiros – ver apêndice 6)

- ✓ Conhecer a dinâmica do serviço, no que respeita aos cuidados ao doente portador de CVCRS;

Aqui, o contato com peritos, com pessoas que dedicaram o seu tempo e o seu trabalho num projeto dedicado à minha área de interesse e que se encontram, claramente numa fase bastante mais avançada, o que me permitiu perspectivar muitos aspectos do meu próprio projeto, como sejam as dificuldades, as barreiras, as críticas, o trabalho árduo, mas também a visão clara de que se pode conseguir chegar a bom porto. Para além disso, permite-me conhecer a opinião do outro lado, não só de quem esteve na elaboração do guia, mas perceber a visão dos destinatários deste guia: os enfermeiros.

Neste serviço, em especial, foi-me possível compreender como se articulavam os cuidados em termos de continuidade de cuidados por exemplo entre Hospital de Dia de Oncologia e Oncologia Médica. Neste sentido, foi-me possibilitada a ida ao hospital de dia de oncologia (em modelo de observação participante) para constatar, entre outros aspetos, como se procedia à articulação em termos de cuidados. Os doentes em regime de quimioterapia de longa duração, com necessidade de colocação de infusores portáteis de 24 horas dias são muitas vezes encaminhados para o serviço de Oncologia Médica para retirar o dispositivo e heparinizar o mesmo. Esta articulação e

calendarização de cuidados permitem uma melhor gestão dos tratamentos no hospital de dia já que permite que os doentes sejam conectados aos infusores às 5^{as} e 6^{as} feiras, porque durante o fim de semana têm um local onde recorrer onde podem retirar o infusor. Noutras situações, quando o doente vive mais longe do hospital, os infusores são retirados no Centro de Saúde, incluindo ao fim de semana, nos serviços de atendimento permanente. Na minha experiência prática, na instituição onde trabalho, a retirada do infusor e heparinização do cateter aos fins de semana é articulado entre o HDO e os Serviços de Medicina Interna.

- ✓ Observar e colaborar com a equipa na realização de cuidados específicos ao doente com CVCRS, como sejam: colheita de sangue, heparinização, administração de terapêutica, punção e desobstrução;
- ✓ Discutir, informalmente, com os pares, para partilha de conhecimentos e experiências

Ter tido a oportunidade de estar neste serviço foi sem dúvida uma mais-valia neste meu percurso. Todos os aportes que tive a oportunidade de absorver neste serviço foram bastante significativos. Neste local senti, alguma forma, que os cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS eram uma realidade “natural” ou seja, os cuidados e a continuidade dos mesmos em relação ao CVCRS surgiam forma natural, provavelmente fruto de um trabalho contínuo inicia há já bastante tempo, e desenvolvido em toda a instituição. Também da parte dos doentes/família se notava esta naturalidade. Frequentemente, quando o doente tinha alta perguntava: “*E a lavagem do cateter, para quando fica?*”. Creio que esta pergunta demonstra um real trabalho de educação/informação do doente/família que é de crucial importância na garantia da continuidade de cuidados. O que senti neste serviço foi, que gostaria que no meu contexto de trabalho, em especial em relação aos cuidados ao doente com CVCRS, se assemelhassem a esta realidade, dentro de pouco tempo.

A prestação de cuidados efectiva, ou seja, prestar cuidados ao doente/família portador de CVCRS foi um importante contributo neste contexto. Aqui, tive a oportunidade de realizar uma série de cuidados ao doente como sejam: a colheita de sangue, heparinização e punção para administração de terapêutica. Acredito que a realização de cuidados de forma contínua permite, por um lado a consciencialização das dúvidas e dificuldades, e por outro lado a aquisição de

perícia na realização dos meus cuidados. Perícia essa, desde a minha perspectiva, necessária e elementar no exercício profissional de um especialista.

Durante todo o ensino clínico, demonstrei um elevado nível de competência no cuidar ao doente portador de CVCRS e família, mobilizando conhecimentos técnico-científicos atualizados e demonstrando capacidade no estabelecimento de uma relação de ajuda para responder, de forma holística, às suas necessidades. Para além disso, creio ter evidenciado uma elevada adaptabilidade a novas realidades e dinâmicas, e desenvolver um exercício seguro, profissional e ético, perante os profissionais e o doente/família.

- ✓ Identificar as necessidades dos doentes oncológicos portadores de CVCRS, através do estabelecimento de uma relação terapêutica

Uma condição essencial para cuidados de excelência ao doente oncológico é uma informação detalhada sobre as preocupações e necessidades destes doentes (Mulders,2008). Se houver discrepância entre o que o doente realmente necessita e aquilo que o enfermeiro acha que o doente necessita não estão criadas as condições para uma efectiva prestação de cuidados em oncologia, o que resulta numa prestação de cuidados inapropriada.

Quando comparada com a realidade descrita anteriormente, a diferença é significativa. Inclusivamente em termos de educação dos próprios doentes e famílias, que se encontram perfeitamente despertos para os aspectos relacionados com a manutenção do dispositivo. Talvez a única semelhança seja a dificuldade de articulação entre cuidados de saúde especializados (hospitalares) e cuidados de saúde primários. Creio que aqui foi onde verifiquei mais discrepâncias. Dependendo da área de residência do doente e do seu Centro de Saúde era fácil prever se o doente iria ou não recorrer ao mesmo afim de heparinizar o cateter. Se em alguns centros de saúde existem enfermeiros com competências e, inclusivamente material, para proceder à técnica e heparinização do cateter, noutros contextos a realidade era outra. O desconhecimento por parte de alguns enfermeiros, a não actualização dos seus conhecimentos com vista a realizar uma prática baseada na evidência era bastante claro. Relativamente tanto aos enfermeiros do centro de saúde como do hospital, era evidente que os doentes não demonstram

confiança em todos os enfermeiros, e eram capazes de referir, de forma rápida quais as enfermeiras com bons conhecimentos e boas técnicas para puncionar “o seu” CVCRS. Aqui é bem claro que, ainda que ressalvem a importância da competência técnica como sendo muito importante, os mesmos doentes também queriam falar como enfermeiro enquanto recebem tratamento. Daqui creio que ressalta a importância da combinação entre conhecimentos, competências e atitudes. No meu entender, a tecnologia e o toque humano têm de estar combinados e julgo que a capacidade de estabelecer esta combinação é um critério para se tornar um perito nesta área do cuidar em enfermagem.

- ✓ Consultar normas e protocolos de serviço relacionados com o CVCRS

Foi uma atividade importante e estruturante para a elaboração/construção da Norma a implementar na Instituição onde trabalho.

Neste serviço tive contacto com um claro exemplo de uniformização e standardização de cuidados, não só a nível local (para todo o Hospital) mas sim para quase toda a área (nível regional) já que a norma foi difundida em todo o *Servicio de Sanidad de Principado de Asturias*. Faltam então melhorar alguns aspetos como a disponibilidade do material necessário para a prestação de cuidados, ainda que a grande esteja devidamente equipada. Falta ainda a formação de alguns profissionais dos cuidados de saúde primários e alguns hospitais periféricos.

- ✓ Aprofundar a revisão da literatura;

Este ensino clínico foi rico em situações de cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS e foi também um impulsionador em termos de pesquisas realizadas já que neste contexto me surgiram dúvidas que me levaram a procurar evidências para a suportar. As pesquisas bibliográficas levadas a cabo, que acabaram por resultar numa revisão da literatura em termos dos cuidados a doentes portadores deste tipo de dispositivo. A pesquisa foi orientada com diferentes objectivos tendo em conta os diferentes cuidados e as distintas problemáticas neste tipo de cuidado. Por exemplo foi realizada pesquisa somente direccionada para os cuidados de heparinização, outra numa lógica de descrever os cuidados durante a colocação, uma outra nos cuidados relacionados com a mudança de agulha, etc. Para cada uma destas áreas/temas, existem

varias publicações de impacto que foram muito importantes. O trabalho, a revisão daqui resultante poderá vir a ser alvo de uma publicação num periódico de impacto na área, sob a forma de artigo de revisão, processo esse que está a ser agilizado.

- ✓ Prestar cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS em regime de internamento;

Os objectivos alcançados neste ensino clínico forma muito para além das competências definidas relacionadas com o CVCRS. Devido às características do serviço, este contexto teve um impacto positivo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, especialmente no que concerne a conhecimentos, competências de comunicação, cuidados ao doente oncológico em diferentes fases da doença, atitudes face à doença oncológica, controlo de sintomas e apoio emocional. A comunicação centrada no paciente é um elemento essencial nos cuidados de enfermagem que facilita o desenvolvimento de uma relação enfermeiro-doente positiva o que, juntamente com outros fatores organizacionais, resulta numa prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (McCabe, 2004).

Com o decorrer do ensino clínico a sensação de confiança e de crescente domínio nos cuidados prestados foi tornando-se cada vez mais evidente. Ter estado no Hospital de Dia de Oncologia anteriormente permitiu-me deter um *know-how* bastante importante para este contexto, já que me permitiu transmitir uma maior segurança, tão importante para estes doentes. Posto isto, pude colaborar e actuar autonomamente em todos os cuidados ao doente portador de CVCRS, realizar articulação com outros serviços (na garantia da continuidade de cuidados), e estar com os doentes simplesmente para os ouvir. O facto de não estar já tão centrada nas minhas dúvidas porque a experiência anterior e a observação de cuidados me permitiu ultrapassar isso, permitiu-me estar mais disponível para o doente/família.

Acima de tudo aqui foi possível consolidar algumas competências logo no início do estágio o que facilitou depois a abertura da mente para outros aspectos do cuidar a estes doentes que vão muito para além de aspectos tecnicistas. Neste mesmo contexto foi possível na minha prática de cuidados dar resposta às necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos que se encontravam internados. Permitiu-me, claro está, investir e aprofundar e avançar na minha competência aos doentes em cuidados paliativos, essencialmente no controle sintomático e na relação com a

família. Não surgiram como cuidados descontextualizado, pelo contrário, acabou por ser uma mais-valia, uma aporte adicional de saberes e competências que fazem todo o sentido nesta área do cuidar. Essencialmente dedicava-me ao desenvolvimento deste tipo de cuidados em doentes que, ao mesmo tempo que eram portadores de CVCRS, estavam em cuidados paliativos. A possibilidade de preparação e administração de uma mescla de terapêutica com vista ao controlo sintomático que pode estar conectado ao CVCS durante 24 horas³ é, sem dúvida um excelente recurso para estes doentes que reduz muitas complicações, nomeadamente dos acessos subcutâneos e na limitação dos mesmos na administração de algumas terapêuticas (devido à incompatibilidade e à formula farmacêutica não permitir a administração subcutânea).

Foi possível a prestação de cuidados ao doente oncológico logo após a colocação de CVCRS, nomeadamente cuidados à pele, cuidados com a sutura, garantia da permeabilidade do cateter, ensino e orientação do doente e família, etc. O facto de ser um dispositivo que pode ser imediatamente utilizado após a implantação e de não limitar a actividade do doente nem alterar a sua imagem corporal, torna-o logo à partida bastante atrativo.

Ainda neste estágio, foi possível adquirir gradualmente confiança à medida que o tempo passava, em termos das minhas competências de enfermeira especialista e com grau de Mestre. Meleis (2010) apresenta o desenvolvimento de confiança e *coping* como um padrão de resposta. O desenvolvimento de confiança é manifestado pelo nível de compreensão dos diferentes processos inerentes às minhas intervenção enquanto enfermeira especialista e com grau de mestre. A transição de proficiente para perito culmina em enfermeiro especialista que incorpora o conhecimento prático e os conhecimentos teóricos e os integra na prática (Benner, Tanner e Chesla, 2009). Para Sharoff (2010) a competência de cada um na prática é um processo interativo de aquisição de competências, conhecimentos e experiência. O quadro conceptual da competência profissional é construído assentando em três pilares: conhecimento, competência e atitude. O modelo de Dreyfus de aquisição de competências clinicas e éticas na formação de especialistas é baseado na noção de que as aprendizagens experienciais são essenciais para a

³ Poderá ser possível a administração por um período mais longo, dependendo da terapêutica utilizada na mescla, atendendo á sua estabilidade após preparação.

progressão do nível de iniciado de aprendizagem numa área para se tornar um perito. (Benner, Tanner e Chesla, 2009)

Benner dentro do domínio *“assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados”* apresenta como competência *“fornecer um sistema para assegurar a segurança do doente durante os cuidados médicos e de enfermagem”* (2001, p.163). A autora refere que as enfermeiras frequentemente se encontram em situações com algum grau de ambiguidade pelo que *“devem servir de válvula de segurança, de modo a assegurar, sem perigo, os cuidados médicos e de enfermagem, e estão conscientes desse seu papel”* (2001, p.165). Acrescenta também que as enfermeiras peritas têm conhecimento acerca das soluções que permitem resolver o problema, sabem por experiência que errar é humano e são capazes, quando necessário, de agir segundo a sua própria opinião e estão preparadas para fazê-lo.

3.3. Medicina Interna: a implementação

Na minha atual realidade, a necessidade de uma intervenção especializada nesta área temática é sentida ainda de forma mais forte. Actualmente, e devido a uma série de contingências decorridas na Instituição, a equipa de enfermagem resultou da junção de duas equipas. Assim, através da análise das dificuldades sentidas pelos meus pares nas intervenções no cuidado ao doente oncológico portador de CVCRS da minha anterior equipa era já desencadeador do meu interesse em desenvolver este projeto, as características da actual equipa justificam ainda mais o mesmo. O que depreendo à partida é que o desenvolvimento de competências faz todo o sentido e de facto não era somente resultado de uma perceção particular e pessoal resultante da minha prática e das práticas dos meus pares, traduzindo sim uma preocupação/dificuldade de muitos serviços e de muitos enfermeiros.

Este ensino clínico teve um total de 144 horas. Como objetivos específicos para este estágio defini:

- Sensibilizar os colegas para a problemática dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS;

- Implementar, na prestação de cuidados de Enfermagem, os conhecimentos e as competências adquiridas, especificamente no Serviço de Oncologia Médica e no Hospital de Dia de Oncologia;
- Elaborar documentos que visem a uniformização de procedimentos;
- Melhorar a qualidade dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS;
- Incrementar a segurança nos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS.

Tendo por base os objetivos delineados, foram estruturadas as seguintes **actividades**:

- ✓ Apresentar à Enfermeira-Chefe de serviço as aprendizagens, referir as competências adquiridas, e sugerir as actividades a desenvolver no serviço e mudanças susceptíveis de ser implementadas, relacionadas com esta área do cuidar;

A apresentação, ainda que informal do projeto previamente definido bem como o percurso realizado até então foi a forma escolhida para atingir este objetivo. A apresentação à Sr^a Enfermeira-chefe do Serviço das aprendizagens realizadas e dos contributos dos anteriores locais de estágio foi muito importante, principalmente na fase inicial do estágio. Expor as mais-valias do que foi aprendido e adquirido e desenvolvido em outros contextos, com vista a melhorar a prática de cuidados neste contexto, era o objetivo específico desta exposição sumária do percurso realizado até aqui, que foi atingido.

As actividades a seguir apresentadas foram realizadas não de forma independente, mas de modo interdependente ou em consonância, pelo que são descritas em conjunto.

- ✓ Realizar sessões de informação aos pares acerca dos cuidados ao doente portador de CVCRS;
- ✓ Realizar um diagnóstico de situação sobre os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS que foca os principais pontos que na literatura apresenta como os que suscitam dúvidas
- ✓ Discutir/apresentar aos pares o percurso efectuado;
- ✓ Desenvolver as competências adquiridas nos ensinos clínicos anteriores;

Para a implementação da norma elaborada foi delineado um plano de formação que inclui várias técnicas para incentivar a participação, reflexão prática e discussão. Daqui surge a importância da sessão para apresentação do projeto. Esta primeira sessão, bem como uma apresentação informal realizada ao longo do estágio com os pares, numa tentativa de perceber, junto dos mesmos foi fulcral para perceber o seu interesse, disponibilidade e motivação em relação à temática. Esta estratégia assenta nos resultados de uma revisão sistemática centrada no efeito da formação contínua e *workshops*, realizada por Forsetlund (2009) que demonstrou uma correlação positiva entre a prática profissional e os resultados dos doentes. Neste trabalho verificou-se que a importância da problemática atribuída pelos cuidadores influencia a efectividade da formação.

Ainda nesta primeira sessão, foi importante a partilha do percurso efectuado até então com ressalva da importância de incorporar na nossa prática diária a evidência disponível para melhorar a qualidade dos nossos cuidados e a segurança do doente.

Numa fase posterior foi realizada uma sessão de informação onde se pretendia apresentar aos enfermeiros, em contexto do serviço, as intervenções de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCR na manutenção e manuseamento do mesmo (apêndice 7). Optou-se pela realização da mesma sessão em dois momentos distintos para garantir a assistência da maioria da equipa. Neste sentido, vários estudos validaram um impacto positivo da formação em serviço no conhecimento, atitudes e competências em enfermagem. Também Mathers (2011) refere que conjuntamente com uma mudança de política que surge como necessária, a educação/formação dos enfermeiros relativamente aos cuidados de manutenção e manuseamento do CVCRS é extremamente necessário para garantir a correta aplicação das intervenções baseadas na evidência.

Com esta sessão pretendeu-se apresentar uma revisão sucinta dos *standards* actuais da prática de cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS, necessária para garantir os melhores resultados para o doente. Em particular, o reforço nas técnicas de *flushing* apropriadas, que demonstrou aumentar as percentagens de permeabilidade dos CVCRS e reduzir o número de infecções relacionadas com a manipulação do mesmo (Mathers, 2011).

A sondagem de opinião⁴ (sob a forma de questionário-ver apêndice 8) pré e pós formação foi utilizada para avaliar a efectividade da sessão. Era também objectivo realizar uma observação dos enfermeiros nos cuidados ao doente portador de CVCRS mas a escassez de doentes com este tipo de dispositivo durante o período de realização do ensino clínico, tornou esta actividade impossível de realizar. Os questionários foram distribuídos aos enfermeiros do serviço em dois momentos distintos: num primeiro momento após a sessão de apresentação do projeto, e num segundo momento após a sessão de informação acerca dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS. Os questionários eram preenchidos e entregues no momento da realização dos mesmos, de forma anónima. O objetivo principal era compreender as dificuldades e as dúvidas iniciais e posteriormente perceber a diferença de conhecimentos entre os dois momentos. A análise dos questionários do primeiro momento (total de 12) revela dificuldades/desconhecimentos pela maioria dos enfermeiros pelo menos em relação a um aspeto dos cuidados ao doente portador de CVCRS. Por sua vez, a análise dos questionários no segundo momento (total de 16) revela a aquisição/consolidação de conhecimentos, sendo uma minoria os enfermeiros que apresentam dúvidas nos cuidados.

Uma revisão sistemática, realizada por Forsetlund (2009) acerca da educação/formação contínua e *workshops* demonstrou uma correlação positiva entre a prática profissional e os resultados dos doentes. Para Mathers (2011) a crescente participação e o uso de estratégias de informação/informação entendidas como tendo um impacto positivo na eficácia. A importância atribuída pelos enfermeiros ao tema também influencia a eficácia da sessão de informação. Iniciativas relacionadas com as sessões de informação acerca do CVCRS demonstram reduzir as infecções relacionadas com os acessos vasculares.

Na sequência da análise das respostas obtidas no questionário de pré avaliação de conhecimentos acerca dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS distribuído e preenchido pelos enfermeiros imediatamente após a sessão de informação de apresentação do projeto, defini a estratégia a adotar na sessão de informação de apresentação dos cuidados. Apercebi-me portanto da necessidade de focar, na seguinte sessão de informação, os aspetos que mais dúvidas foram

⁴ Para a realização desta sondagem de opinião foi solicitada a autorização da Sr^a Enfermeira-chefe do Serviço. O questionário foi construído *had hoc* para este trabalho, baseado em questões que na evidência consultada surgem como dúbios ou que mais dificuldades suscitam nos profissionais.

suscitadas no questionário. Esta estratégia implicou a análise dos questionários e uma reorientação na abordagem de algumas questões, como por exemplo, a explicação/exemplificação da técnica de pressão positiva durante a sessão. Com todas as actividades realizadas junto dos elementos da equipa (de forma individual ou em grupo) denotei, por parte da equipa interesse em participar na implementação de mudanças.

- ✓ Elaborar um protocolo/norma de procedimentos sobre o manuseamento do CVCRS, para posterior apresentação à Direção de Enfermagem com vista à implementação na instituição;

A elaboração da norma de procedimentos relacionados com os cuidados ao doente portador de CVCRS revelou-se uma actividade bastante intensa, muito para além da simples descrição de um procedimento. Exigiu muita pesquisa, busca da melhor evidência científica atual disponível, e muitas vezes pesquisas seguitas para esclarecer controvérsias encontradas. No entanto, o resultado final, a norma elaborada (apêndice 9). Os atuais cuidados de manutenção são frequentemente baseados nas recomendações do fabricante em vez de serem suportados na evidência apoiada em estudos randomizados. Os estudos que foram publicados são tipicamente de uma única instituição, retrospectivos com resultados difíceis de extrapolar para estandardizar uma prática baseada na evidência. Consequentemente, este facto leva-nos a ter mais perguntas do que respostas acerca dos cuidados de manutenção ao doente com CVCRS (Camp-Sorrell, 2010).

Relativamente a esta actividade, creio que com ela desenvolvi a maioria das competências desejadas e esperadas relacionadas com a melhoria contínua dos cuidados, já que implicou todo um processo complexo de identificação de um problema, concepção de um plano, elaboração de uma norma, funcionando como elemento dinamizador na Instituição, actuando ao nível das problemáticas relacionadas com a segurança do doente e melhoria da qualidade dos cuidados. O passo seguinte neste âmbito, após a discussão e aprovação da norma pela Direção de Enfermagem será desenho de um processo de auditoria no sentido de se verificar em que medida os cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico portador de CVCRS estão em conformidade com a nova norma, para posteriormente definir prováveis acções de melhoria e até mesmo, pensar em futuras alterações agendadas para o momento de revisão da norma (programada para 3 anos após a aprovação), que deverá também ter por base novas evidências

disponíveis. Foram elaboradas as normas de prestação de cuidados ao doente oncológico portador de cateter venoso central, tendo em conta as diferentes técnicas e os diferentes objectivos da utilização e manipulação do dispositivo, e a prevenção de complicações.

A obstrução de dispositivos de acesso vascular é uma complicação/problema comum em vários contextos de prestação de cuidados. A obstrução de um cateter central é maioritariamente devido a precipitação intraluminal e pode ser efectivamente prevenida através de intervenções de enfermagem apropriadas (Pittiruti *et al*, 2009), como por exemplo a lavagem do lúmen após a administração de cada terapêutica com 10 cc de SF 0,9% (*flushing*). Este incidente provoca interrupção no cuidado ao doente, ameaça o cumprimento de metas de tratamento, aumenta a carga dos recursos limitados de enfermagem e acresce os custos dos cuidados (Hadaway, 2006). O uso de uma solução de heparina diluída tem sido o método mais comumente utilizado na heparinização (“*locking*”) de cateteres para garantir a permeabilidade e evitar a obstrução, desde que se iniciou o uso intermitente de cateteres, no início dos anos 70. O início desta prática trouxe muitas questões relacionadas com a concentração da heparina, volume requerido e frequência do heparinização, e os enfermeiros continuam a debater-se com estas questões (Hadaway, 2006).

A elaboração das normas de procedimentos (*guidelines*) de enfermagem ao doente portador de CVCRS é o resultado de uma revisão da literatura acerca destes cuidados que me suscitou muitas dúvidas e que apelou ao meu sentido crítico, no que concerne à aplicação do publicado e analisado a fim de buscar o objetivo da prática baseada na evidência. Muitas foram as escolhas e as decisões tomadas na elaboração destas normas, mas foram assumidas em plena consciência de que estavam suportadas pela literatura. Como resultado final está perspectivada a implementação destas normas em toda a instituição, uma vez que a Direcção de Enfermagem demonstrou interesse nesse sentido, e por isso mesmo está atualmente a aguardar a finalização do relatório para então passarmos à fase seguinte: aprovação das normas pela Direcção de Enfermagem.

Sinto que, enquanto futura com grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica (opção em Enfermagem Oncológica) e Mestre me cabe a elaboração e desenvolvimento de normas/guidelines e a delineação estratégias que proporcionem a implementação das mesmas tanto a nível do serviço como da instituição. Desta implementação

resultará aquilo que se pode definir como prática baseada na evidência (PBE). A PBE permite aos enfermeiros prestar cuidados aos doentes de elevada qualidade, baseados em resultados de investigação e conhecimentos, em lugar de tradições, mitos, conselhos dos pares, manuais ultrapassados ou em conhecimentos aprendidos na escola há muito tempo atrás. A PBE facilita uma estratégia que garante que os cuidados de enfermagem refletem o conhecimento mais actual e disponível. A enfermagem baseada na evidência é actualmente o padrão aceite para a prática (Masters, 2009).

Para Masters (2009) a PBE é muito relevante para a prática em enfermagem uma vez que: ajuda a resolver problemas da prática clínica; resulta em melhores resultados para o doente; contribui para a ciência de Enfermagem através da introdução de inovação na prática; mantém a prática actual e relevante, ajudando prestar cuidados de enfermagem com base na melhor pesquisa actual; diminui as variações nos cuidados de enfermagem e aumenta a confiança na tomada de decisões. Será importante ter presente que uma PBE assenta em três pilares estruturais: a melhor evidência pela investigação, a perícia clínica e os valores da pessoa doente. Os valores e preferências do doente incluem as expectativas únicas que cada paciente e membro da família trás para o encontro de cuidados.

As guidelines clinicas são fontes de informação sintetizada de práticas específicas relacionadas com os cuidados ao doente para orientar o profissional de saúde nas suas tomadas de decisão. No meu entender, esta é uma afirmação que facilmente poderá ser transposta para o domínio das normas de procedimentos em enfermagem. As guidelines são baseadas na melhor evidência disponível, são desenhadas para ajudar na prática mas não substituem os conhecimentos e competências de cada um (Pearson, Field e Jordan, 2007). Para as mesmas autoras, as guidelines pretendem dotar os profissionais de saúde de informação, baseada na avaliação sistemática da melhor evidência actual, bem como melhor método de abordar aspetos específicos do cuidado ao doente. O objectivo das normas procedimentos é aumentar a qualidade dos cuidados recebidos pelos doentes e, por outro lado, melhorar os resultados em saúde (Pearson, Field e Jordan, 2007).

A técnica asséptica empregue pelos enfermeiros na instituição, durante a inserção e manutenção do CVCRS, bem como a concordância com a norma de práticas de lavagem e higienização das mãos, traduz a incidência baixa de infecções relacionadas com o CVCRS.

A elaboração de normas de procedimentos e a implementação de cuidados estandardizados ao doente oncológico portador de CVCRS pode ser inserido numa lógica de melhoria da qualidade de vida e da satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, preconizada pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO).

A existência de normas de procedimento a este nível constitui um instrumento de garantia da qualidade dos cuidados, uma vez que, para além de fomentar uma maior uniformização de cuidados, permite ainda a deteção (mais fácil) e correcção de eventuais falhas. Assim sendo, assumem-se como um instrumento de trabalho diário nas unidades em que se prestam cuidados aos doentes oncológicos portadores deste tipo de dispositivo.

Para que o processo de implementação das referidas normas seja um percurso menos atribulado, é importante envolver todos os intervenientes: enfermeiros e doente/família. Dentro do grupo dos enfermeiros, é importante que aqueles que assumem uma responsabilidade de gestão em cada uma das estruturas se sintam também parte integrante deste projeto. Numa fase posterior, e quando a norma se tornar parte do manual de normas da Instituição, é necessário definir uma calendarização para a implementação da mesma, bem como uma avaliação do processo.

Existem alguns aspectos importantes a ter em atenção, futuramente, relacionados com o desenho da implementação desta nova norma. Por exemplo, deve ser avaliada a necessidade de desenvolvimento de competências nesta área por parte das equipas. É sugerido também que se avaliem parâmetros da mudança resultantes da implementação da nova norma, incluindo a qualidade dos cuidados, a satisfação do doente e também os custos associados. (Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008).

Faz sentido após a implementação da norma pela Direcção de Enfermagem, uma auditoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico portador de CVCRS, previamente aprovada. A auditoria da qualidade, que implica a identificação de problemas, a definição de

medidas de melhoria, implementação destas medidas e a sua posterior avaliação (Fragata e Martins, 2006).

- ✓ Elaborar um guia dirigido aos enfermeiros acerca dos cuidados ao doente portador de CVCRS.

A elaboração de um guia que sistematize a informação mais relevante em relação ao CVCRS foi uma actividade transversal a todo o estágio e terminada neste contexto. A discussão com os pares em relação ao assunto revelou-se bastante importante pelos contributos aportados. O produto final (APÊNDICE 6) resulta num guia de consulta rápida, com imagens ilustrativas que permite ao enfermeiro esclarecer algumas dúvidas e eventualmente sentir-se mais motivado e mais seguro no cuidado ao doente portador deste dispositivo. De alguma forma, pretende-se que o enfermeiro sinta que a sua própria segurança nestes cuidados é também alvo de preocupação e de atenção por parte dos outros, e isso poderá aumentar a sua confiança e segurança. A edição do Guia e a distribuição pelos serviços onde se prestam cuidados ao doente oncológico portador deste dispositivo está a ser agilizada, nomeadamente a autorização pela Direção de Enfermagem e o financiamento.

- ✓ Conceber um “cartão” dirigido aos doentes, que vise a continuidade de cuidados, nomeadamente em termos da data de heparinização do cateter.

No movimento realizado pelo enfermeiro para conhecer o doente oncológico, é importante, entre outros aspectos, caracterizar a abordagem terapêutica, deter informações acerca da abordagem terapêutica que o doente já vivenciou, bem como se a colocação de um CVCRS é já uma realidade para o doente. Assim, um aspeto importante é conhecer a data de colocação e o tipo de dispositivo, e como têm decorrido as intervenções de enfermagem nos cuidados que envolvem o dispositivo. Para além disso, com a elaboração de um “Cartão do doente portador de CVCRS” (APÊNDICE 5) pretende-se que qualquer enfermeiro em qualquer contexto de prestação de cuidados tenha acesso a informação simples mas necessária acerca do dispositivo. Se o doente for informado acerca da importância de ter consigo este cartão quando recorre aos cuidados de saúde, podem assim ser eliminadas alguns erros que ocorrem nos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS. Por exemplo poderemos garantir o registo da heparinização, através do

agendamento, em local próprio que o doente facilmente poderá consultar. Se o doente estiver em internamento, o enfermeiro poderá consultar o cartão e saber a data da última utilização e o motivo pelo qual foi utilizado.

- ✓ Realizar observação participante no Serviço de Cirurgia de Ambulatório do CHLN, EPE – HPV, no sentido de assistir à colocação de CVCRS, e perceber quais os cuidados de enfermagem nesta fase.

Durante o decorrer do ensino clínico não foi possível estar como observadora participante na Cirurgia de Ambulatório afim de assistir à colocação do CVCRS. Creio que seria uma mais-valia que podia enriquecer ainda mais as aprendizagens e o desenvolvimento de competências nesta área do cuidar em Oncologia. Por exemplo, seria muito importante colocar no Guia para Enfermeiros (referido anteriormente) cuidados específicos na colocação/implantação do CVCRS e imediatamente após, bem como incluir na norma elaborada os cuidados nesta fase. Embora não tenha sido possível até agora devido a várias contingências, esta actividade será ainda realizada antes da aprovação e edição do Guia para Enfermeiros e a da norma.

Com a realização deste ensino clínico, o sentimento que fica é que foi dado mais um passo neste processo de transição, traduzido pelos padrões de resposta, que se referem ao processo e aos resultados que indicam que a transição ocorreu (Meleis, 2010). Para mim, as competências desenvolvidas poderão ser enquadradas ao nível do domínio de perita ou ao nível de *expert* (opinião partilhada pelos orientadores de estágio). Tal como refere Davies (2005), quando a pessoa demonstra domínio de novas competências e comportamentos aplicáveis à nova situação e revela a integração e reformulação de uma nova identidade, isso significa que a transição ocorreu.

Vários indicadores de processo ao longo do percurso como o coping eficaz, o ganho de confiança a identificação com o novo papel, e o sentir-se parte de uma nova comunidade ou partilhar experiências funcionam como indicadores de processo, mostrando que a transição está em curso. Meleis (2010) sugere que as transições não ocorrem de forma isolada, mas no contexto de outras transições. Para mim, tornar-me Enfermeira Especialista e com grau de Mestre envolveu não só

uma transição pessoal e profissional, mas também mudanças transicionais nas circunstâncias da vida.

A transição para enfermeiro especialista envolve diversos padrões, por exemplo a adaptação a diferentes unidades e aos seus procedimentos foi uma tarefa facilitada pelo conhecimento prévio dos mesmos. Desenvolver competências no cuidado ao doente oncológico portador de CVCRS nas diferentes unidades foi de fato um desafio, exigindo da minha parte uma adaptação à cultura e características de cada serviço por onde passei na realização do meu estágio.

Benner (2001) no domínio da função de diagnóstico e vigilância do doente define a competência antecipar os problemas e antecipar o futuro. Esta foi uma competência desenvolvida neste contexto, uma vez que muitas das minhas actividades tiveram como objetivo pensar no futuro, prever futuras complicações nos doentes oncológicos portadores de CVCRS. Após a situação descrita da reflexão 1 (apêndice 3) foi necessário transmitir informações à equipa acerca do que se passou, tentando focar a atenção para aquilo que eventualmente poderia vir a acontecer nas próximas horas. Para a mesma autora (Benner, 2001, p. 127) as enfermeiras peritas “*antecipam os problemas que podem surgir e o que fariam para os resolver*”, o que implica uma visão a longo termo.

As mudanças nos sistemas de saúde exigem que os profissionais sejam detentores de mais conhecimento, que os cuidados sejam vinculados identificação dos resultados dos doentes, que a prática seja baseada na evidência (Delaney, 2010). Tornar-me uma enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica – Opção em Enfermagem Oncológica requereu uma experiência transicional que culminará com a legitimação através da certificação pela Ordem dos Enfermeiros. Para Schumacher e Meleis (1994) a incerteza surge associada à necessidade de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências como um aspecto importante da transição

A conclusão saudável da transição, segundo Meleis (2010) é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram domínio das competências e comportamentos necessários para gerir a sua nova situação. As experiências de transição foram caracterizadas como o resultado numa reformulação de identidade (grau de mestre e especialista).

4. QUESTÕES ÉTICAS

Na atualidade os avanços, tanto científicos como tecnológicos, nos cuidados de saúde, revelados pela apresentação à comunidade científica de novos fármacos e tecnologias, entre outros aspetos, permitem o tratamento das doenças. Mas, se esta constante evolução por um lado responde a algumas necessidades apresentadas e apresenta soluções necessárias, por outro lado coloca algumas questões de natureza ética e moral. Também a Enfermagem, enquanto corpo de conhecimentos e profissão se depara com questões cada vez mais complexas, e situações resultantes da tecnologia avançada, pelo que a tomada de decisão na solução de problemas tornou-se também mais complexa requerendo pensamento crítico. A ética em saúde visa também incrementar a qualidade dos cuidados em saúde e a capacidade de tomada de decisão de profissionais de saúde.

Cuidados de qualidade são cuidados seguros, atempados, efectivos, eficientes, equitativos e centrados no doente (Mackenzie *et al*, 2013). A abordagem de cuidados centrados no doente é definida como sendo assentando no respeito pelo doente, e respondendo às suas preferências e necessidades físicas, sociais e emocionais (Lewin *et al*, 2001) .

Os direitos humanos fundamentais são a base dos valores e deveres deontológicos da Enfermagem e os princípios éticos. São valores particulares a incluir na relação profissional, como referido no Código Deontológico do Enfermeiro (2009b), art.º 78, a igualdade; a liberdade com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional. Neste contexto, a intervenção dos enfermeiros atende à preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade do Ser Humano, numa Enfermagem que se quer humana e humanizadora, na procura constante da excelência no cuidar.

Beauchamp e Childress (2002) apresentam quatro princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Estes princípios abordam conflitos morais e dilemas éticos na saúde, norteando as práticas, decisões, procedimentos e discussão. A beneficência vincula-se ao dever profissional de promover o bem do doente por meio das suas ações em saúde, otimizando os benefícios e reduzindo os riscos e danos, devendo o profissional desenvolver competências para avaliar qual a intervenção mais adequada para que o doente seja cuidado com excelência. A beneficência está para além da não-maleficência, ou seja, não basta apenas não causar dano ou perda, tem de promover atitudes, práticas e procedimentos em benefício do outro (Loch, 2002). A autonomia refere-se ao direito que o individuo possui sobre si, ou seja, o respeito pela sua liberdade de escolha.

Numa perspectiva deontológica, sabemos que a excelência do exercício está consagrado como princípio orientador da actividade do enfermeiro, na alínea c) do n.º 3 do Artigo 78 do Código Deontológico, e como dever específico, no Artigo 88. Neste artigo, a excelência é entendida como aquilo que o enfermeiro procura "*em todo o acto profissional*". Ou seja, na esfera deontológica, o enfermeiro tem o dever de caminhar para a excelência.

Ora, se a pessoa tem direito a cuidados com o mais alto nível de qualidade científica, técnica e humanamente possível, ou seja, com cuidados de excelência respeitamos a sua dignidade. O respeito e a defesa da dignidade de pessoa humana constituem a base para a nossa ordem jurídica, assente no Artigo 1.º da Constituição, e é um princípio estruturante do nosso Código Deontológico, enunciado no n.º 1 do Artigo 78 do Código Deontológico. Este direito ao cuidado por parte da pessoa está consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro, no seu Artigo 83, do direito ao cuidado, implicando um conjunto de deveres que asseguram, no que às intervenções de enfermagem diz respeito, a sua materialização.

Numa lógica mais lata, todos os deveres profissionais do enfermeiro concorrem para que o direito ao cuidado da pessoa seja assegurado. E, saber de que forma este direito deve ser satisfeito, ou, por outras palavras, qual o nível de qualidade para os cuidados de enfermagem? Julgo que a resposta é clara: o nível da excelência. Para garantir a plenitude da satisfação do direito ao cuidado, o enfermeiro deve mobilizar todas as suas competências científicas, técnicas e humanas,

procurando a excelência do seu exercício, fazendo disso um valor profissional, como sugere Nunes (2003). A excelência constitui, assim, um valor e um princípio, para o exercício profissional do enfermeiro e, apresentado no Artigo 88 do Código Deontológico, um dever profissional. Este artigo define que "o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício". Procurar a excelência, nos termos da alínea b) do referido Artigo 88 do Código Deontológico é "adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas". A excelência atinge-se quando os cuidados prestados correspondem aos padrões de qualidade definidos. Estes padrões fundamentam-se sobretudo no conhecimento científico actualizado e constituem *standards* aplicáveis a qualquer pessoa que recebe cuidados. Todavia, recorrendo ao pensamento crítico, o enfermeiro, sem se afastar dos princípios padronizados, tem o dever de adaptar as normas estabelecidas às necessidades concretas da pessoa em causa. Cada pessoa é um ser único, vivendo cada situação de forma singular, em consequência da sua própria experiência de vida. A sua autonomia individual permite-lhe intervir no processo de cuidados, quer ao nível do consentimento, quer através da modificação das normas uniformizadas, tendo em conta as suas próprias escolhas.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA/CONCLUSÕES

O uso de CVCRS veio revolucionar os cuidados e a qualidade de vida dos doentes oncológicos que requerem terapêutica endovenosa de longa duração. A redução do número de complicações é possível através de esforços articulados entre médicos oncologistas, cirurgiões e enfermeiros (Zaghal *et al*, 2012). Os enfermeiros que cuidam de doentes portadores de CVCRS têm um papel crucial na prevenção e identificação de complicações relacionadas com o dispositivo. A compreensão da patogénese da infeção e das complicações trombóticas, dos princípios das boas práticas e a adesão a essas práticas de forma consistente em todos os contextos são essenciais para minimizar riscos desnecessários para o doente portador de CVCRS (Nakazawa, 2010). Os conhecimentos relacionados com a prática, procedimentos, normas/guidelines e competências de pensamento crítico são necessários para prestação de cuidados de qualidade ao doente portador de CVCRS (Richardson, 2007).

A importância de manter a permeabilidade do CVCRS, sem comprometer a segurança do doente é óbvia. Entre outros aspectos, a concretização relatório tentou confirmar a importância da formação contínua para garantir os cuidados adequados ao doente oncológico portador de CVCRS. Melhorar a prática de enfermagem traduz-se numa melhoria dos resultados do doente, que em última análise, é o objectivo principal da nossa actuação.

Do meu percurso em diferentes contextos ressalta a vontade dos doentes oncológicos quererem ser cuidados por enfermeiros com experiência, que sabem combinar a perícia clínica, com conhecimentos teóricos e competências relacionais. Quando tal capacidade é demonstrada, os doentes sentem-se seguros. Aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS são exigidas competências de avaliação e julgamento clínico para identificar e resolver as complicações associadas ao manuseamento do CVCRS. A especialização melhora muitos resultados dos doentes, incluindo o bem-estar físico e psicológico (Cohen *et al*, 2010).

Esta problemática tem também impacto na formação em enfermagem. A exposição a diferentes políticas entre as diferentes instituições de prestação de cuidados nos quais os estudantes realizam

os ensinamentos clínicos pode gerar nos estudantes confusão em relação à melhor prática, produzindo um impacto negativo na sua capacidade de proporcionar os cuidados mais corretos. Proporcionar guidelines sólidas para os estudantes ou enfermeiros iniciados (*novice*) é essencial para um correto cuidado ao doente (Mathers, 2011).

O ensino dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS, nomeadamente no manuseamento e manutenção do mesmo, na formação base dos enfermeiros seria algo a ponderar incluir nos planos de estudos das Escolas de Enfermagem. Creio que esta seria uma estratégia que colmataria a dificuldade sentida pelo doente quando recorre a serviço de cuidados não especializados.

Garantir as competências clínicas continua a ser uma prioridade na prestação de cuidados ao doente com CVCRS, e esta necessidade de competência é emanada tanto interna como externamente à profissão. As competências definem o conhecimento, a proficiência e as habilidades necessárias para corresponder às expectativas em relação aos cuidados ao doente com CVCRS.

A qualidade dos cuidados está relacionada com competência clínica, o que afecta os resultados do doente. O desafio para os enfermeiros é manter as suas habilidades em relação aos cuidados ao doente com CVCRS, as quais são altamente influenciadas pela tecnologia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, J., Ajani, J.A. (2008). Proactive nurse management guidelines for managing intensive chemotherapy regimens in patients with advanced gastric cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 12(3), 227-232.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice* (2ª Edição.). New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Camp-Sorrell, D. (2007). Clinical dilemmas: Vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*. 23(3), 232-239.
- Camp-Sorrell, D. (2010). State of the science of oncology vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 80-87.
- Coenraads, A., van Boxtel, R. J. J., Nieweg, M.B. (1995). 1375 continued nursing care for patients who need chemotherapy. *European Journal of Cancer*. 31, Supplement 6(0), S290.
- Cohen, M.Z., Ferrell, B.R., Vrabel, M., Visovsky, C., Schaefer, B. (2010). What does it mean to be an oncology nurse? reexamining the life cycle concepts. *Oncology Nursing Forum*. 37(5), 561-570.
- Conselho da União Europeia (2009). Recomendação do Conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*. C 151/1. [Acedido a 03/03/2013]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pt.pdf.
- Cummings-Winfield, C., Mushani-Kanji, T. (2008). Restoring patency to central venous access devices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12(6), 925-934.

- Daley, B. (1999). Novice to expert: An exploration of how professionals learn. *Adult Education Quarterly*. 49(4), 133-147.
- Daher, M. (2012). Cultural beliefs and values in cancer patients. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*. 23 Suppl 3, 66-69.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*. 52(6), 658-671.
- Di Carlo, I., Biffi, R. (2012) *Totally implantable venous access devices. Management in mid- and long-term clinical setting*. Itália: Springer.
- Dreyfus, H., Dreyfus, S.(2009). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill
In Benner P, Tanner, C, Chesla C (Ed.) *Expertise in nursing practice. caring, clinical judgment and ethics* (2nd ed, pp. 1-23). New York: Springer Publishing Company.
- EONS (2005). EONS Post-basic curriculum in cancer nursing. Third edition. Brussels : EONS.
[Acedido a 30/06/2012]. Disponível em:
<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPostBasicCurriculum-en.pdf>
- ESEL. Regulamento de Mestrado. Lisboa: 2013 ESEL (2013). [Acedido a 22/03/2013].
Disponível em:
http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/Regulamentos/Regulamento_UCIsoladas.htm
- Faraj, W., Zaghal, A., El-Beyrouthy, O., Kutoubi, A. (2010). Complete catheter disconnection and migration of an implantable venous access device: The disconnected cap sign. *Annals of Vascular Surgery*. 24(5), 692.
- Forsetlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, MA., Wolf, F., Oxman, A.D. (2009). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2).

- Fragata, I., Martins, L. (2006). *O erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Galloway, M. (2010). Insertion and placement of central catheters in the oncology patient. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 102-112.
- Griffiths, P., Richardson, A., Blackwell, R. (2012). Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: Systematic scoping review. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*. 16(3), 238-246.
- Hadaway, L. (2006). Heparin locking for central venous catheters. *Journal of the Association for Vascular Access*. 11(4), 224-231.
- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE. Hospital de Dia. *Quimioterapia por bomba infusora*. [Acedido a 05/02/2013]. Disponível em:
http://www.ipoporto.min-saude.pt/NR/rdonlyres/20A7F8B2-225D-4F53-9F18-E769543DEC39/22696/Folhetoperfusaoporbomba_web.pdf
- Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E., Forsberg, A. (2010). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16(3), 611-618.
- Kefeli, U., Dane, F., Yumuk, PF., Karamanoglu, A., Iyikesici, S., Basaran, G., Turhal, N.S. (2009). Prolonged interval in prophylactic heparin flushing for maintenance of subcutaneous implanted port care in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*. 18(2), 191-194.
- Kurul, S., Saip, P., Aydin, T. (2002). Totally implantable venous-access ports: Local problems and extravasation injury. *The Lancet Oncology*. 3(11), 684-692.

- Kvale, K., Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*. 37(4), 436-442.
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*. 11(2), 86-92.
- Le Boterf, G (2001). *Ingeniería de las Competencias*. Barcelona: Ediciones Gestión.
- Macklin, D. (2010). The impact of IV connectors on clinical practice and patient outcomes. *Journal of the Association for Vascular Access*. 15(3), 126-139.
- Masters, K. (2009). *Role development in professional nursing practice*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Mathers, D. (2011). Evidence-based practice: Improving outcomes for patients with a central venous access device. *Journal of the Association for Vascular Access*. 16(2), 64-72.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: A reflective approach. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*. 23(31), 51-56
- McIlpatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H. (2006). What about the careers?: Exploring the experience of caregivers in a chemotherapy day hospital setting. *European Journal of Oncology Nursing*. 10(4), 294-303.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In Meleis A. *Transitions theory. middle range and situation*

- specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. P52- 65.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinitions of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006). Programa Nacional de Controlo de Infecção. Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. Lisboa: Ministério da Saúde. [Acedido a 05/02/2012]. Disponível em:
<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>
- Ministério da Saúde (2007) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. [Acedido em 11/02/2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- Ministério da Saúde (2009). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009.
- Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [Acedido em: 20/03/2013]. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>
- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. Alto Comissariado da Saúde (2009). Requisitos para a Prestação de Cuidados em Oncologia. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [Acedido em 20/02/2013]. Disponível em:
http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf
- Mulders, M., Vingerhoets, A., Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*. 12(2), 97-102.

Nakazawa, N. (2010). Infectious and thrombotic complications of central venous catheters. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 121-131.

Oncology Nursing Society (2008). Oncology Clinical Nurse Specialist. ONS. [Acedido em 20/02/2013]. Disponível em: <http://www.ons.org/media/ons/docs/publications/cnscomps.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (1998). REPE Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido a 11/03/2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 11/03/2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido a 11/02/2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/legislacao/Documents/legislacao_oe/CodigoDeontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido a 03/06/2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [Acedido a 03/06/2012]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

Organização Mundial de Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde

Pearson, A., Field, J., Jordan, Z. (2007). *Evidence-based clinical practice in nursing and health care. assimilating research, experience and expertise*. Singapore: Blackwell Publishing.

Pittiruti, M., Hamilton, H., Biffi, R., MacFie, J., Pertkiewicz, M. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 28(4), 365-377.

Richardson, D.K. (2006). Vascular access nursing practice, standards of care, and strategies to prevent infection: A review of skin cleansing agents and dressing materials (part 1 of a 3-part series). *Journal of the Association for Vascular Access*. 12(2), 74-84.

Roberts, A.C. (2001). Venous access catheter complications. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 12 (1, Supplement), 52-57.

Silva, F., Campos, R. (2009). Complicações com o uso do cateter totalmente implantável em pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 14 (1), 156-164.

Schulmeister, L. (2010). Management of non-infectious central venous access device complications. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 132-141.

Schumacher, K., Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing in Scholarship*. 26(2), 119-127.

Sharoff, L. (2010). A qualitative study of how experienced certified holistic nurses learn to become competent practioners. In Meleis, A. *Transistions theory. middle rande and*

situation specific theories in nursing reserach and practice (310-319). New York: Springer Publishing Company.

Stephens, L.C., Haire, W.D., Tarantolo, S., Reed, E., Schmit-Pokorny, K., Kessinger, A., Klein, R. (1997). Normal saline versus heparin flush for maintaining central venous catheter patency during apheresis collection of peripheral blood stem cells (PBSC). *Transfusion Science*. 18(2), 187-193.

Vasques, C., Reis. P., Carvalho, E. (2009). Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: Revisão integrativa. *Act Paul Enferm.*, 22 (5), 696-701.

Viale, P. (2003). Complications associated with implantable vascular access devices in the patient with cancer. *J Inf Nurs*. 26, 97-102.

Vogel, W.H. (2010) Infusion reactions: diagnosis, assessment, and management. *Clinical Journal of oncology nursing*. 14 (2), E10-21

Zaghal, A., Khalife, M., Mukherji, D., El Majzoub, N., Shamseddine, A., Hoballah, J., Faraj, W. (2012). Update on totally implantable venous access devices. *Surgical Oncology*. 21(3), 207-215.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Reflexão 1. Hospital de Dia de Oncologia

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica

Reflexão sobre uma experiência vivenciada no âmbito do estágio em Hospital de Dia de Oncologia (HDO)

Descrição da situação

Durante um dos turnos, um doente ocorreu ao Hospital de Dia de Oncologia (HDO), acompanhado pela esposa, referindo que havia ido a uma consulta externa ao Hospital, e que nessa consulta a enfermeira havia constatado que era portador de um CVCRS. Aí, quando lhe perguntaram quando o tinha utilizado pela última vez, referiu nem sequer se recordar. Perante este facto, a enfermeira da consulta sugeriu-lhe que se dirigisse ao HDO para avaliarem a situação.

Ao chegar então ao HDO, o doente reafirma que não se recorda da última vez que o “seu cateter” foi puncionado, e refere que embora tenha estado internado e tenha recorrido ao serviço de urgência algumas vezes, em nenhuma destas situações, algum enfermeiro manipulou o cateter. A esposa do doente refere que, como o marido não está “em tratamento” há já alguns meses, nunca lhe ocorreu que seria necessário fazer o que quer que fosse em relação ao mesmo, e não se recorda de ter sido informada dessa necessidade.

Analisando os registos de enfermagem do HDO verificou-se que o cateter já não era manipulado neste serviço há mais de quase um ano. Perante este facto, foi então realizada a técnica de punção do cateter que (felizmente) estava permeável, realizada lavagem e posterior heparinização do mesmo. Foi registado em notas de enfermagem a ocorrência e as intervenções realizadas, e foi programada com o doente a data da seguinte heparinização. Esta informação foi igualmente fornecida à esposa, depois de explicada a importância da realização da técnica de heparinização.

Ficou também acordado com a equipa que, próximo da data agendada, se estabeleceria um contacto telefónico para confirmar a necessidade de recorrer ao serviço para heparinizar o cateter.

Sentimentos e pensamentos

Pensar e refletir retrospectivamente sobre esta situação é importante neste percurso de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre. Quando cuidei este doente/família, um dos meus objetivos centrais, após a resposta à necessidade imediata do doente/família (a heparinização do CVCRS), foi compreender a articulação de cuidados intra-hospitalar existente, essencial no percurso do doente oncológico portador de CVCRS entre diferentes serviços do hospital, que garanta a continuidade dos cuidados prestados na organização, facilitando o percurso terapêutico e a coordenação entre os profissionais de saúde. De igual modo, foi também importante compreender, na prática, como se estruturam, organizam e programam as actividades que garantam a continuidade de cuidados. Este era um aspeto menos conhecido por mim neste contexto, pelo que esta situação se revelou bastante enriquecedora. Ainda nesta experiência, ficou saliente a importância da existência do processo único como meio de continuidade dos cuidados, com acesso aos registos inicialmente continuamente realizados no cuidado ao doente.

Para além disso, nesta situação houve outro aspeto que me despertou a atenção: a própria visão do doente que vivencia todo este percurso. Compreender que importância lhe atribuiu, que valor que concede, que percepção teve acerca da falha na continuidade dos cuidados em relação ao CVCRS. De um modo simples, para o doente não havia necessidade de realizar qualquer intervenção em relação ao CVCRS uma vez que este não estava a ser utilizado. De certo modo, no seu interior, o cateter talvez estivesse mais relacionado com os tratamentos com citostáticos, pelo que estando estes agora suspensos, o CVCRS não assumia nenhum papel relevante no seu problema de saúde.

Avaliação

A situação apresentada reporta-nos para diferentes aspectos relacionados com a informação que valerá a pena reflectir detalhadamente. Por um lado o doente e família que desconheciam a

necessidade de heparinização do cateter. Onde estará a origem deste problema? Terá sido falta de informação quando se colocou o cateter ou quando se realizaram os tratamentos? Será que a informação que foi transmitida não foi adequada aquela pessoa, aquela família? Não foi a informação transmitida validada? O doente/família podem também, de facto ter sido informados da necessidade de realizar a intervenção e na realidade não o terem assimilado. Os doentes recebem muita informação, que em algumas situações pode não ser transmitida da forma mais adequada, mais ajustada àquela pessoa naquele momento. Esta situação pode também estar associada ao facto de as preocupações e necessidades do doente serem de tal ordem que nem sempre está disponível para processar mais informação. Daí que, neste contexto sobressaia também a importância de incluir o familiar e/ou pessoa de referência nos cuidados.

Análise

Aquando da situação, também foi benéfico analisar a importância da articulação já presente e bem-sucedida, entre o serviço de Consulta-externa e HDO, com a existência de uma certa consciencialização de que o HDO seria o serviço mais indicado para avaliar a situação. No entanto ressaltou também a seguinte questão: Por que não heparinizar o CVCRS no serviço de Consultas externas? Não seria possível realizar o procedimento após uma boa colheita de dados com o doente/família (focando aspetos essenciais e centrais relacionados com a data da última vez que o CVCRS foi puncionado)? Será que o procedimento não foi realizado por não estar disponível nesse serviço o material necessário para a heparinização? Ou será que existe uma lacuna em termos de conhecimentos e competências dos enfermeiros no sentido de realizar este tipo de técnicas?

Outro aspeto merece a nossa atenção: a continuidade de cuidados entre hospitalar e comunidade. De facto, parece ainda se verificar alguma falta de conhecimentos dos enfermeiros da área de cuidados de saúde primários em relação ao CVCRS, referida por mais de um doente/família. Esta situação foi referida por vários pacientes e famílias, que viam no seu Centro de Saúde uma solução possível para evitar as deslocações (de várias dezenas de quilómetros muitas vezes) ao hospital para a heparinizar o CVCRS. No entanto, provavelmente aliado ao desconhecimento ou in experiência em relação aos cuidados a ter com este dispositivo, a falta de recursos materiais

necessários (como as agulhas tipo Huber) é também o motivo apresentado que justifica a não realização de cuidados ao doente portador de CVCRS.

Por outro lado, onde está a continuidade de cuidados? Um doente portador de CVCRS que recorreu a diversos serviços de saúde, que esteve em diversos contextos de prestação de cuidados, nenhum enfermeiro manipula o cateter, quer para administração de terapêutica quer para colheitas de sangue. Perante isto coloca-se então a questão da gestão de recursos e dos objetivos da implantação de um CVCRS. Então, diante um doente oncológico portador de CVCRS, a quem foi explicado que o objetivo da implantação do mesmo era a sua utilização sempre que fosse necessário um acesso venoso, para evitar punções repetida e dolorosas, quando há de facto necessidade de uma colheita de sangue ou de administração de terapêutica, pura e simplesmente punciona-se (após sabe-se lá quantas tentativas) um acesso periférico.

Esta nova abertura possibilitou-me detetar os entraves no seu percurso, pelo que ampliei a minha competência no sentido de desenvolver e implementar as estratégias imprescindíveis para a prestação de cuidados de forma articulada, garantindo a qualidade dos mesmos. Tomei consciência que, ao compreender a realidade vivenciada pelo doente oncológico no seu percurso hospitalar, me sinto com competência acrescida e melhor posicionada para encorajar, desenvolver e implementar as estratégias necessárias para que os cuidados sejam eficazes e tragam maior satisfação a todos os intervenientes, promovendo modelos de intervenção adaptados à realidade destas necessidades. No domínio da gestão de cuidados, defini a competência “Facilita a transição entre contextos de cuidados, garantindo a continuidade de cuidados”, que foi amplamente desenvolvida neste âmbito. Para (King *et al*, 2008) a continuidade de cuidados é um aspeto crucial em oncologia. Pouco se sabe sobre como os doentes experienciam a continuidade de cuidados e como isso afeta os seus resultados em termos de doença (Haggerty *et al*, 2003). A experiência de continuidade de cuidados é um processo que envolve uma atenção coerente, sabendo o que esperar no futuro, gerindo as transições entre serviço, e acreditando que nada no tratamento tem sido negligenciado (King *et al.*, 2008)

O cuidado centrado no doente é um componente essencial dos cuidados de elevada qualidade (Ayanian *et al*, 2010), complementando os aspectos mais técnicos do cuidados como o uso

adequado de procedimentos (Eisenberg, 2001). Assim, um atendimento individualizado e complexo aliado a competências técnicas e científicas e a atitudes focadas no cuidar, traduziram-se na eficácia das intervenções e no maior respeito pelo doente na sua singularidade, traduzindo maior segurança em relação aos cuidados. Esta atitude requer por parte do enfermeiro, a combinação de competências que aliam o conhecimento, o saber ser e o saber estar, a escuta ativa e a compreensão do significado atribuído pelo doente à toda a situação. Sem dúvida que o enfermeiro desenvolve uma competência relacionada com a adaptação, ajustamento de procedimentos técnicos a cada pessoa, com toda a sua singularidade.

Conclusão

Analizando e refletindo sobre a minha intervenção verifico que, de início centrei o meu olhar, a minha atenção, essencialmente na componente técnica e científica, no resolver a questão da permeabilidade do CVCRS. Contudo, estabelecendo contato com o doente na sua unicidade, rapidamente me descentrei dos aspetos práticos daquela contato e dirigi o meu olhar para outros aspetos com vista ao desenvolvimento da prestação de cuidados globais e individualizados, dando espaço ao doente/família para expressar a sua perceção e compreensão pessoal da situação. Para além disso, foi importante analisar a situação com vista a compreender os fatores que contribuíram para que acontecesse. Conceptualizar a continuidade de cuidados com um elemento chave na avaliação da qualidade dos cuidados percebida pelo doente/família decorreu em especial desta experiência. Para King *et al* (2008) uma boa experiência de continuidade de cuidados pode estar associada a uma menor necessidade de cuidados no futuro. Num trabalho realizado por Ayanian, Zaslavsky e Guadagnoli (2005) com doentes com cancro colorrectal, os problemas com a continuidade dos cuidados estavam fortemente associados com piores percepções de qualidade dos cuidados. As experiências dos pacientes, com a organização e articulação dos cuidados estão intimamente relacionadas às suas percepções da qualidade global dos cuidados. A avaliação *standardizada* da experiência dos doentes em relação aos cuidados relacionados com a doença oncológica poderá promover melhores cuidados centrados no doente que vivencia um processo de doença oncológica (Ayanian *et al*, 2010)

Em conclusão, esta experiência proporcionou-me observar um dos aspetos primordiais – a articulação de cuidados intrainstitucional, com a perceção de protocolos e estratégias existentes, indo de encontro aos objetivos do projeto de intervenção. Esta reflexão conduziu-me ao desenvolvimento e promoção de momentos de introspecção e formação pessoal, fomentando o meu crescimento pessoal e profissional. Como tal, apostar no desenvolvimento de competências e em mudanças comportamentais é premissa básica, com construção de modelos de intervenção adaptados às necessidades dos utentes e das suas famílias na doença oncológica, para que os cuidados sejam eficazes. Em termos do desenvolvimento de competências, a Teoria das Transições assume-se como um aspeto facilitador deste processo.

Planear a ação

Numa situação futura de prestação de cuidados, estarei mais atenta em transmitir ao doente e família informação relacionada com a importância de heparinizar o CVCRS. É importante adequar a linguagem utilizada às características da pessoa, e ao momento em que a pessoa se encontra com todas as vivências associadas à doença. Nas competências do domínio da função de educação e guia Benner (2001, p.105) refere “o momento: saber quando o doente está pronto a aprender”. Para a autora (2001, p.105) “ *saber onde está o doente; em que medida está aberto à informações; decidir quando o fazer mesmo quando ele não aparece pronto, são aspetos chave para que um doente seja educado eficazmente*”.

Para além disso, é importante o envolvimento da família no processo de cuidados, e atender também às suas necessidades de informação. Deve ser dada especial importância à necessidade de garantir a continuidade dos cuidados.

Estando alerta para esta necessidade, pretendo no futuro, envolver a família nos cuidados nas várias fases do percurso do doente portador de CVCRS. (Benner, 2001), no domínio da função de ajuda (na competência “proporcionar apoio efectivo e informar as famílias dos doentes”) reconhece a importância do papel da família na cura da doente, pelo que proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes surge como uma competência imprescindível do papel de ajuda da enfermeira perita. Esta atenção permite que os cuidadores informais se subsidiem de

ferramentas para cuidar o doente, e para a enfermagem é um elemento essencial para se atingir uma prestação de cuidados em segurança, e de qualidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayanian, JZ., Zaslavsky, AM., Guadagnoli, E. (2005). Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *J Clin Onc*, 23, 6576-6586.
- Ayanian, JZ., Zaslavsky, AM., Arora, NK., Kahn, KL., Malin, JL., Ganz, PA., Harrington, DP. (2010). Patients' experiences with care for lung cancer and colorectal cancer: Findings from the cancer care outcomes research and surveillance consortium. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(27), 4154-4161.
- Benner, P.(2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Eisenberg, L. (2001). Good technical outcome, poor service experience: A verdict on contemporary medical care?. *JAMA*, 285, 2639-2641.
- Haggerty, JL., Reid, RJ., Freeman, GK., Starfield, BH., Adair, CE., McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219-1221.
- King, M., Jones, L., Richardson, A., Murad, S., Irving, A., Aslett, H., Nazareth, I. (2008). The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: A mixed methods study. *British Journal of Cancer*, 98(3), 529-536.

APÊNDICE 2. Reflexão 2. Oncologia Médica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Opção em Enfermagem Oncológica

Reflexão sobre uma experiência vivenciada no âmbito do estágio no Serviço de Oncologia
Médica

Descrição da situação

Neste serviço estava internado um doente de 64 anos com diagnóstico de adenocarcinoma do colon metastizado, com metástases hepáticas e pulmonares. É um doente casado, com 3 filhos e 4 netos, ainda ativo exercendo actividade de gestor. Tem continuamente um acompanhante no serviço durante 24 horas por dia, e recebe visitas de familiares e amigos.

Em termos de abordagem terapêutica o doente fez quimioterapia neo-adjuvante, cirurgia (com hemicolectomia à direita) e quimioterapia adjuvante com Folfiri e Bevacizumab. Posteriormente, por progressão da doença, iniciou Folfiri® e mais tarde, numa abordagem de quimioterapia paliativa, foi iniciado 5-FU.

Consultando o processo clínico do doente, facilmente se identifica a informação relacionada com o CVCRS, nomeadamente data de colocação e os motivos relacionados com a implantação. Nesta situação, claramente a indicação para a colocação é a mais frequente, uma vez que o doente, no início foi proposto para um regime de terapia com citostáticos de longa duração. Através da interpretação cronológica dos factos, verifiquei que o CVCRS tinha sido implantando num momento bastante precoce, logo no início para a administração da quimioterapia neo-adjuvante (prévia à cirurgia).

Neste internamento o doente foi admitido por dor não controlada, com vómitos e anorexia associados. O CVCRS foi indubitavelmente utilizado para a administração de terapêutica para

controlo sintomático através de um infusor com uma mescla de medicação, proporcionando maior conforto ao doente. Na admissão encontrava-se muito asténico e emagrecido, e seis dias após a admissão apresentava um quadro diferente, com melhoria franca dos sintomas iniciais, tendo tido alta.

Sentimentos e pensamentos

Esta situação refere-se à minha vivência, experiência de prática de cuidados num Serviço onde os cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS são já algo assumido, conceptualizado pelos enfermeiros como uma importante questão na prática. Aqui, está implementada a norma de cuidados e o planeamento e execução das intervenções de enfermagem assentam numa mesma base, que evita discrepâncias e atitudes díspares, o que conduz situação de cuidados de enfermagem normalizados.

Avaliação

Nesta situação, tive o privilégio de participar ativamente em todo o processo de enfermagem, deste a avaliação inicial ocorrida na admissão até á alta do doente. Foi importante, na minha perspetiva, experienciar estas vivências no cuidado ao doente portador de CVCRS. De facto, trata-se de um doente portador de CVCRS desde a fase inicial da doença, tendo o cateter assumido um importante recurso na abordagem da doença ao longo da progressão da mesma. Nesta fase em que se encontra, fase paliativa, embora se encontre com terapêutica quimioterapia oral, o CVCRS mantém-se como um elemento chave no tratamento sintomático e no incremento da qualidade de vida deste doente.

Análise

O papel da quimioterapia oral está a expandir-se devido às suas potenciais vantagens relativamente aos benefícios para o doente e para a sua qualidade de vida, bem como em relação ao princípio custo-efetividade quando comparado com a administração EV (Tanaka, 2000). A capecitabina é utilizada como segunda linha no tratamento de doentes com cancro colorrectal metastizado (Cassidy *et al*, 2011). O agente mais frequentemente usado no tratamento do

cancro colorrectal metastizado é o fluorouracilo (5-FU). A Capecitabina é uma pro-droga que é convertida em 5-FU nos tecidos (Hoff *et al*, 2011).

Foi importante a observação e realização dos procedimentos inerentes à manipulação do CVCS (punção, administração de terapêutica, preparação de infusores, heparinização, educação do doente e família). Embora a via preferencial para administração de opióides seja a oral, os doentes com cancro muitas vezes requerem uma via alternativa. Para Watanabe (2008) o CVCRS responde claramente a esta necessidade e mostra-se bastante eficaz na fase paliativa. Os infusores portáteis representam um grande avanço na qualidade de vida do paciente oncológico. No controlo sintomático estes são utilizados para infusão contínua de mistura de medicação. As misturas incluem, por exemplo, a combinação de dois, três, quatro ou cinco das seguintes drogas: hidrocloreto de morfina, midazolam, haloperidol, hyoscina, dexametasona, metoclopramida e tramadol (Negro *et al*, 2002). Nesta situação, a infusão contínua desta medicação através de um infusor pelo CVCRS permitiu que o doente transitasse para casa com a sua família. Para Benner (2001) a escolha da estratégia adequada ao momento faz parte integrante do domínio da competência da enfermeira definida como “interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir” (incluída no domínio da função de ajuda). Para além disso, e atendendo a todos os aspetos inerentes à administração de terapêutica por via EV, e neste caso através do CVCRS, posso socorrer-me mais uma vez de Benner (2001), nomeadamente do domínio de administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos. Este domínio, entre outras, inclui a competência de “administrar medicamentos de forma apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reacções, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades” (Benner, 2001, p.150). Inerente a esta competência está a responsabilidade da enfermeira em matéria de segurança e de vigilância de respostas aos tratamentos.

Neste sentido, fundamentando-me nas normas do serviço e orientações dos colegas, suportada por uma experiência prévia foi importante verificar a uniformidade nas intervenções realizadas por todos os enfermeiros, transmitindo ao doente também coerência nas acções realizadas. Recorri aos outros elementos da equipa no sentido de discutir alguns aspetos relacionados com o controlo sintomático, a fim de serem avaliados os sintomas e melhoria dos mesmos após a

implementação do plano terapêutico definido. Sem dúvida alguma que a utilização de diferentes escalas para avaliação dos sintomas (dor e náuseas) e controle do mesmo são ferramentas que se traduzem numa mais-valia para a qualidade de vida do doente, já que nos permitem redefinir a nossa intervenção de acordo com os resultados do doente. Esta atitude revela uma clara apropriação na prática de resultados de investigação.

Segundo Gobel, Beck e O'Leary (2006) utilizando a evidência nas suas práticas, os enfermeiros melhoram os resultados dos doentes, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estes são resultados que são afectados significativamente pelas intervenções de enfermagem. As intervenções têm de estar dentro da esfera da prática de enfermagem e serem parte integrante do processo de cuidados de enfermagem. Os resultados do doente sensíveis aos cuidados de enfermagem representam as consequências ou efeitos das intervenções de enfermagem e resultam em mudanças na vivência dos sintomas, estado funcional, segurança, *stress* psicológico e/ou custos dos cuidados.

De facto, a enfermagem detém um crescente corpo de evidência no qual pode basear a prática de enfermagem. Os enfermeiros especialistas em oncologia devem procurar evidência para que possam prestar os melhores cuidados possíveis aos doentes/famílias, e necessitam de articular a prática de enfermagem oncológica baseada na evidência dirigindo-a a doentes, familiares e os seus pares.

A resposta às necessidades sentidas pelo doente/família exigiu a mobilização de competências diversas, tendo em atenção diversos aspetos da situação descrita. Para Benner (2001), é esta capacidade de vermos uma situação na sua globalidade, não nos detendo num só aspeto, que permite a progressão do profissional para o nível de competência seguinte, melhorando os seus processos de decisão e de compreensão da complexidade e de significação da situação. No seu conjunto, a experiência proporcionada permitiu-me consolidar conhecimentos e desenvolver competências profissionais e humanas, promotoras de uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de qualidade crescente. A formação destas competências foi fruto de um trabalho diferenciado, nomeadamente porque desenvolvi a capacidade de mobilização dos saberes para a resolução de problemas, procurando o aperfeiçoamento dos processos de formação, assegurando a superação de dificuldades, a conquista de novas aprendizagens e a ampliação da capacidade de

reflexão. Deste modo, cuidar deste doente foi caminhar para o desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2011), relativas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu-bem estar, conforto e qualidade de vida; identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; promove intervenções junto das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; colabora com outros membros da equipa de saúde. As unidades de competência referidas demonstram a mobilização de conhecimentos e habilidades essenciais para responder às necessidades deste doente de forma holística, através de cuidados de excelência, maximizando a sua qualidade de vida e diminuição do seu sofrimento.

Conclusão

Da minha experiência, interpreto que o doente busca um enfermeiro em quem possa confiar, que o possa ouvir, que seja solidário, que esteja disponível, um enfermeiro que demonstre o equilíbrio entre excelente preparação científica e a virtude humana, traduzido por “um enfermeiro competente”. Kvale e Bondevik (2010) referem que os doentes oncológicos querem receber cuidados de enfermeiras com experiência, que sabem combinar a perícia clínica e competências humanas relacionais. À luz de Benner (2001), julgo que vivência e análise desta situação permitiu o desenvolvimento de competências do domínio da função de educação, de orientação apresentadas por relacionada com o fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões dos tratamentos.

Planear a acção

Cuidar de um doente/família com doença oncológica em fase paliativa exige muito em termos de uma prestação de cuidados efectiva, que responda às necessidades do doente, que são de várias ordens (física, psicológica, social, etc.). Nestas situações, é importante uma avaliação sistematizada do doente, em termos dos sintomas que apresenta, assente em escalas implementadas, que permita uma intervenção mais direccionada e eficaz. A utilização do CVCRS no doente em fase paliativa tanto pode ser para a administração de terapêutica citostática, como

para a administração de terapêutica variada para o controle sintomático. Esta última, pode ser administrada através do CVCRS pelo uso de um infusor que permite a administração contínua de uma mescla de fármacos que resulta num controle mais efectivo para o doente, contribuindo de forma inigualável para o seu bem-estar e qualidade de vida. Entre outros aspetos exige do enfermeiro o domínio de planos terapêuticos e protocolos para controlo sintomático, em especial as compatibilidades entre as drogas. Sem dúvida que em qualquer situação futura, o envolvimento da família nos cuidados e no plano terapêutico do doente é uma importante intervenção de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cassidy, J., Saltz, L., Twelves, C., Van Cutsem, E., Hoff, P., Kang, Y., Saini, JP., Gilberg, F. (2011). Efficacy of capecitabine versus 5-fluorouracil in colorectal and gastric cancers: A meta-analysis of individual data from 6171 patients. *Annals of Oncology*, 22, 2604-2609.
- Gobel, B., Beck, S., O'Leary, C. (2006). Nursing-sensitive patient outcomes: The development of the putting evidence into practice resources for nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 621-624.
- Hoff, P., Ansari, R., Batist, G., Cox, J., Kocha, W., ... Wong, R. (2011). Comparison of oral capecitabine versus intravenous fluorouracil plus leucovorin as first-line treatment in 605 patients with metastatic colorectal cancer: Results of a randomized phase III study. *J Clin Oncol*, 19, 2282-2292.
- Kvale, K., Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442.
- Macklin, D. (2010). The impact of IV connectors on clinical practice and patient outcomes. *Journal of the Association for Vascular Access*, 15(3), 126-139.
- Negro, S., Azuara, ML., Sanchez, Y., Reyes, R., Barcia, E. (2002). Physical compatibility and in vivo evaluation of drug mixtures for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 10(1), 65-70.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE) individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem perfil de competências comuns específicas de enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05/03/2013. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tanaka, F., Fukuse, T., Wada, H., Fukushima, M. (2000). The history, mechanism and clinical use of oral 5-fluorouracil derivative chemotherapeutic agents. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 1(2), 137-164.
- Watanabe, S., Pereira, J., Tarumi, Y., Hanson, J., Bruera, E. (2008). A randomized double-blind crossover comparison of continuous and intermittent subcutaneous administration of opioid for cancer pain. *Journal of Palliative Medicine*, 11(4), 570-574.
- Zaghal, A., Khalife, M., Mukherji, D., El Majzoub, N., Shamseddine, A., Hoballah, J., Faraj, W. (2012). Update on totally implantable venous access devices. *Surgical Oncology*, 21(3), 207-215.

APÊNDICE 3. Reflexão3. Medicina Interna

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica

Reflexão sobre uma experiência vivenciada no âmbito do estágio no Serviço de Medicina Interna

Descrição da situação

No serviço estava internada uma doente de 67 anos, portadora de CVCRS há já oito meses, em fase de tratamento com quimioterapia no Hospital de Dia. Foi internada por infecção respiratória e por anemia, com necessidade de administração de fluidoterapia, antibioterapia e hemoderivados. Uma vez internada, e visto que os enfermeiros trabalham por turnos, foram vários enfermeiros responsáveis pelos cuidados a esta doente, incluindo cuidados relativos ao CVCRS. Perante isto, e uma vez que cada um, baseando-se acima de tudo na sua experiência e conhecimentos, desenvolve diferentes intervenções perante uma mesma necessidade/problema (cuidados ao doente portador de CVCRS) surge uma complicação: a obstrução do cateter. No dia em que o cateter ficou obstruído, nada foi feito para tentar resolver o problema, à excepção de puncionar várias vezes o próprio cateter, julgando-se que seria má técnica de punção. Ao final de várias tentativas sem sucesso, e após a doente referir desconforto em relação à situação, optou-se por puncionar um acesso periférico. No dia seguinte eu estava de serviço no turno da manhã, mas a doente não me estava atribuída. Na passagem de ocorrências passaram a informação que haveria problemas com o CVCRS e que por isso era melhor não o puncionar e usar o acesso periférico que estava já bem puncionado e funcionante. Durante o turno questionei o colega, um jovem colega, que refere não haver problema nenhum porque se fazia a terapêutica EV prescrita pelo acesso periférico, demonstrado assim, que, face à ausência de problema, não necessitava da minha intervenção. Ainda assim, e apoiada pela Enf^a Chefe, decidi intervir, realizando técnicas de desobstrução do cateter com sucesso, para tranquilidade da doente. Recordo-me que a doente referia: *“Se o cateter não estiver bom a culpa é vossa... são só vocês que mexem nisso. Eu*

preciso dele para fazer os meus tratamentos. E agora como vai ser?” (sic). Quando foi garantida a permeabilidade do cateter, a terapêutica foi colocada nesta via, por bomba infusora.

Sentimentos e pensamentos

Nesta situação foram vários os aspectos que suscitaram a minha preocupação. Por um lado, esta dificuldade clara de alguns colegas em identificar claramente que o facto de o cateter ter deixado de estar funcionante é de facto um problema, que merece a nossa rápida intervenção para minimizar o risco de retirada do cateter por obstrução. A obstrução é uma das complicações mais frequentes, de fácil identificação e que necessita de uma intervenção atempada. A falta desta intervenção, para além do incómodo, desconforto e dor provocada ao doente, conduz também a aumentos nos custos do internamento e dos cuidados de saúde, uma vez que a doente provavelmente se teria de retirar e voltar a colocar outro. Depois, para os colegas que de facto identificaram o problema, este não foi para eles uma prioridade nos seus cuidados, pelo que o cateter continuou sem ser puncionado ou sequer ter sido realizadas manobras para tentar resolver a obstrução. Para além disso, a rapidez com que se decide que se punciona um acesso periférico e se resolve todos os problemas.

Avaliação

Vivenciar esta experiência revelou ser um importante contributo para o meu desenvolvimento. Foi importante compreender a importância das competências de comunicação (com a doente e os meus pares) e liderança, imprescindíveis na transição para o papel de enfermeira mestre e especialista. Esta competência remete-nos para as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista preconizadas no SIECE onde é apresentado que o enfermeiro especialista “*gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com na pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*” (OE, 2009). Revelou-se evidente a necessidade de uma mudança de atitudes no meu local de trabalho, em termos da consciencialização do impacto das nossas intervenções nos resultados do doente, na segurança do doente e na qualidade dos cuidados.

Análise

A obstrução do cateter é amplamente descrita na literatura devido provavelmente á sua elevada incidência (8-79%) e ao risco de remoção precoce do dispositivo como consequência dessa complicação, o que conduz a um aumento nos custos do tratamento (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005).

Muitos são os olhares que actualmente se focam nos dados relativos aos resultados dos doentes, incluindo os dos próprios doentes, prestadores de cuidados, legisladores e entidades reguladoras da saúde, e obstrução de um CVCRS é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros na sua prática diária realizam vários procedimentos que implicam a manipulação de acessos venosos. Num trabalho realizado por Casella e Jarvis (2007) (citado por Camp-Sorrell, 2010), é referido que os enfermeiros em contexto hospitalar utilizam e realizam cuidados de manutenção a dispositivos de acesso vascular pelo menos entre 5-6 horas por cada turno de 12 horas. Neste sentido, também uma atenção especial deve ser dirigida à técnica assética, essencial em todos os cuidados de manuseamento do CVCRS, devendo os enfermeiros consciencializar-se do quanto os seus cuidados têm impacto na prevenção de complicações.

Manter a permeabilidade de um CVCRS é uma intervenção prioritária no doente oncológico portador de CVCRS. Vários fatores relacionados com o uso ou não de *flushes* de solução salina heparinizada contribuem para a significância deste problema. A solução salina heparinizada é usada pra prevenir a formação de coágulos e manter a permeabilidade do CVCRS, necessária para permitir a administração de fluidos e terapêutica essenciais aos resultados para os doentes (Mathers, 2011) Constata-se uma enorme variedade na prática de cuidados ao doente portador de CVCRS. Intervenções, estandardizadas baseadas na evidência, relacionadas com o doente portador de CVCRS, nomeadamente relacionados com a manutenção do cateter são vitais para prevenir infecções e minimizar oclusões.

No caso de não ter sido possível resolver a obstrução por via mecânica poderia ter sido necessário a aplicação de tratamento trombolítico, é recomendado para recuperar a permeabilidade de dispositivos obstruídos por depósitos de fibrina ou de sangue ((Cummings-Winfield e Mushani-Kanji, 2008).

Nesta situação foi muito importante que a intervenção se fundamentasse numa prática baseada na evidência (PBE), já que PBE é uma abordagem de resolução de problemas que incorpora evidência científica, perícia clínica e preferências e valores dos doentes no planeamento de cuidados ao doente (Melnik e Fineout-Overholt, 2005). Assim, quando as intervenções se tornarem sistemáticas, os resultados para o doente podem ser mensuráveis através da incidência de infecções e oclusões durante os cuidados ao doente portador de CVCRS (Camp-Sorrell, 2010).

A solução salina heparinizada é usada para prevenir a formação de coágulos e para manter a permeabilidade do CVCRS que é utilizado para a administração de fluidoterapia e medicação e essencial para os resultados do doente. Actualmente a solução salina heparinizada é preparada pelo enfermeiro através da diluição de 1cc de heparina a 1% e 9cc de SF a 9%, e a administração de 5 cc desta solução é suficiente para considerar que o cateter se encontra heparinizado. A heparina utilizada provém de uma ampola de 10 cc, da qual se retira somente 1 cc e, teoricamente após essa aspiração, a restante solução deve ser desperdiçada. Na realidade, em muitos serviços a ampola de heparina é muitas vezes reutilizada, e este facto traduz também problemas relacionados com a segurança, já que ferem os princípios da assepsia e das indicações de manipulação dos fármacos, já que a partir do momento em que se perfura a membrana da ampola esta deixa de estar estéril. Actualmente e num contexto onde uma visão mais economicista é dada aos Cuidados de Saúde, é também importante olharmos aos custos dos procedimentos realizados. Assim, em termos de custos, se de facto se desperdiçar cada frasco de heparina após a aspiração de 1 cc, isto traduz um aumento significativo nos gastos efectuados com a técnica de heparinização do CVCRS.

Existe já disponível do mercado, e até mesmo em outros serviços da mesma instituição, uma solução salina heparinizada (unidose) comercial, contendo cada ampola o volume necessário para heparinizar o cateter (5cc), de uso único.

Em termos de centro de custos, a diferença de preço entre esta solução e a heparina a 1% é talvez uma das justificações para não se proceder ao uso geral desta solução em todos os serviços onde se heparinizam cateteres. No entanto, se pensarmos em ambos os procedimentos, e se de facto se desperdiçar a heparina após a aspiração de 1cc, os custos aumentarão significativamente. Será

então importante apresentar junto dos que detêm cargos de gestão relacionados com a Farmácia, esta problemática, pelas razões descritas. Mathers (2011) refere que a diferença de custo da solução dalina heparinizada (preparada pelos enfermeiros) e a solução salina heparinizada pré-preparada é significativa. E, com o aumento dos custos na Saúde é imperativo que os enfermeiros façam parte das soluções encontradas para fazer frente à atual situação económica.

Os doentes portadores de CVCRS atribuem especial importância ao CVCRS, entre outros aspetos porque o associam à possibilidade de realizar “os tratamentos” de forma menos dolorosa e mais eficaz, tratando a doença. Se o CVCRS estiver implantado e não estiver funcionando isto pode provocar muitos sentimentos de frustração e pensamentos negativos relacionados com a progressão da doença. Por isso mesmo, e para além de outras questões, manter a permeabilidade do CVCRS no doente oncológico é uma intervenção prioritária para a enfermagem, por todo o impacto que o não funcionamento do mesmo pode provocar no doente. No estudo de Kvale e Bondevik (2010) verificou-se que os doentes tornam claro que frequentemente se sentem mais seguros com enfermeiros com mais anos de experiência do que com enfermeiros menos experientes. Para (Camp-Sorrell, 2010) a qualidade dos cuidados está relacionada com a competência clínica, a qual afecta os resultados do doente. Como tal, a postura do enfermeiro deve ir de encontro a estas necessidades, mostrando-se disponível para ouvir e ajudar o doente e família permitindo-lhes que as questões possam ser reformuladas e se reorganizem dentro da nova situação e contexto. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), tal revelaria “*o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente*”, a “*procura constante da empatia nas interações*” efetuadas e “*o empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde*” (OE, 2001, p.8), promovendo o mais alto nível de satisfação do doente.

Encontrando-me no meu local de trabalho, penso que despertando os colegas para a importância da manutenção da permeabilidade do CVCRS teremos melhor qualidade nos cuidados prestados aos doentes internados portadores de CVCRS. Em relação ao futuro, julgo que o mais importante será mesmo investir na formação, formal e informal, dos enfermeiros do serviço, tentando um pouco desmistificar alguns aspectos relacionados com o uso do CVCRS. Para alguns, este cateter

só é para ser puncionado no Hospital de Dia de Oncologia, por ele não se pode administrar sangue nem fazer colheitas de sangue. Face a esta falta de *know-how*, os doentes portadores de CVCRS podem estar sujeitos a cuidados que não traduzem o melhor para a sua situação, que não resultam em cuidados de qualidade e que de facto colocam em causa a sua segurança. Depois, há que fomentar o pedido de ajuda, o assumir que não se sabe, em benefício do doente. Esse será o caminho quando não existe mais nenhuma opção no horizonte, o que não é o caso. Será de facto importante que quando um doente internado é portador de CVCRS esta deverá ser a via de eleição para a administração de terapêutica EV. Para além disso, face a uma complicação associada a um CVCRS a intervenção no sentido de a solucionar deve ser rápida, no sentido de tentar evitar a obstrução definitiva do cateter.

Relativamente à minha intervenção perante os meus pares, considero que esta reflexão permitiu a tomada de consciência de que o doente oncológico portador de CVCRS, dada a especificidade de cuidados que o envolve, exige uma estratégia de coordenação de cuidados por parte de toda a equipa de enfermagem no sentido de garantir que lhe são prestados os melhores cuidados baseados na melhor evidência disponível, ao invés de prestarmos cuidados relacionados com as competências individuais de cada um que muitas vezes são diferentes de enfermeiro para enfermeiro, colocando em causa a segurança do doente.

Conclusão

Uma cultura de segurança é, essencialmente uma cultura onde todos os profissionais estão conscientes do seu papel e do contributo para a organização, e são responsáveis pelas consequências das suas ações. É uma cultura de responsabilidade justa e aberta, onde os profissionais devem e podem aprender com os erros e corrigi-la. Desta forma, todos os profissionais de saúde, aquando da sua atividade profissional deverão estar despertos para a existência de erros e eventos adversos que constam “num dano não intencional, por um ato mantido ou omissão, relacionado com o tratamento mas não com a doença em si” (Fragata e Martins, 2006).

Esta situação, permitiu o desenvolvimento de competências referidas por Benner (2001) relacionadas da função de diagnóstico e de vigilância do doente, nomeadamente “antecipar os

problemas: pensar o futuro” (Benner, 2001, p. 127). Para a autora esta competência implica ter-se uma visão a longo termo e transmitir bem as informações. Dreyfus, e Dreyfus (2009) referem que a *“enfermeira perita não só vê o que precisa de ser alcançado mas também como alcançá-lo”*. Acrescentam ainda que quando tudo decorrer normalmente, os peritos não resolvem problemas e não tomam decisões, simplesmente fazem o que a experiência demonstrou que normalmente resulta.

Neste contexto assumi uma atitude de liderança, enquanto competência definida pelo OE, no sentido de motivar os colegas a assumir e desenvolver alteração de comportamentos relacionados com a segurança do doente, nomeadamente no que concerne aos cuidados ao doente portador de CVCRS. No fundo, ser líder e promover medidas de segurança e qualidade dos cuidados também faz parte das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista preconizadas.

Planear a ação

A realização deste ensino clínico, e em especial com a vivência, experiência da situação descrita, foi o mote para dar início a uma discussão fundamentada acerca dos cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS. Esta discussão foi tanto informal como formal, tendo sido fundamental referir aspetos relacionados com a segurança do doente e resultados do doente sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que a manipulação do CVCRS é exclusiva do enfermeiro. A situação em análise foi importante revelou-se um momento importante de interação, revelando a minha intervenção domínio e identidade integrativa fluida, assumidos por Meleis (2010). De igual modo também os objetivos do Mestrado (ESEL, 2013), nomeadamente a formação especializada de elevado nível científico que visa: desenvolver uma prática baseada na evidência; promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde como indicadores de resultado suportando-me de Regulamento de Mestrado (ESEL, 2013), nomeadamente a formação especializada de elevado nível científico que visa: desenvolver uma prática baseada na evidência; promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Camp-Sorrell, D. (2010). State of the science of oncology vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(2), 80-87.
- Cummings-Winfield, C., Mushani-Kanji, T. (2008). Restoring patency to central venous access devices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(6), 925-934.
- Dreyfus, H., Dreyfus, S. (2009). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill
In Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (Ed.). *Expertise in nursing practice. caring, clinical judgment and ethics* (2nd ed, p. 1-23). New York: Springer Publishing Company.
- ESEL (2012). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL. Acedido a 15/03/2012. Disponível em:
http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/Regulamentos/Regulamento_UCIsoladas.htm
- Fragata, I., Martins, L. (2006). *O erro em medicina: Perspetivas do individuo, da organização e da sociedade*. Lisboa: Almedina.
- Kvale, K., Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442.
- Mathers, D. (2011). Evidence-based practice: Improving outcomes for patients with a central venous access device. *Journal of the Association for Vascular Access*, 16(2), 64-72.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 11/03/2012]. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE) individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido a 02/02/2013]. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

APÊNDICE 4. Instrumento de registo de complicações relacionadas com o
CVCRS

LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO

INSERIR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

DOENTE ONCOLÓGICO PORTADOR DE CATETER VENOSO CENTRAL COM RESERVATÓRIO SUBCUTÂNEO

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

MODELO DO DISPOSITIVO COLOCADO: _____

LOCAL DE IMPLANTAÇÃO DO RESERVATÓRIO: _____

DATA DE COLOCAÇÃO: __ / __ / __

SERVIÇO RESPONSÁVEL PELA COLOCAÇÃO: _____

REGISTO DE COMPLICAÇÕES

DATA	COMPLICAÇÃO	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO


DATA	COMPLICAÇÃO	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO

APÊNDICE 5. Cartão de Doente portador de Cateter Venoso Central com
Reservatório Subcutâneo

CARTÃO DE DOENTE PORTADOR DE CATETER VENOSO CENTRAL COM RESERVATÓRIO SUBCUTÂNEO

VISTA DE FORA

Data	Procedimento	Local
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Marca do Cateter: _____

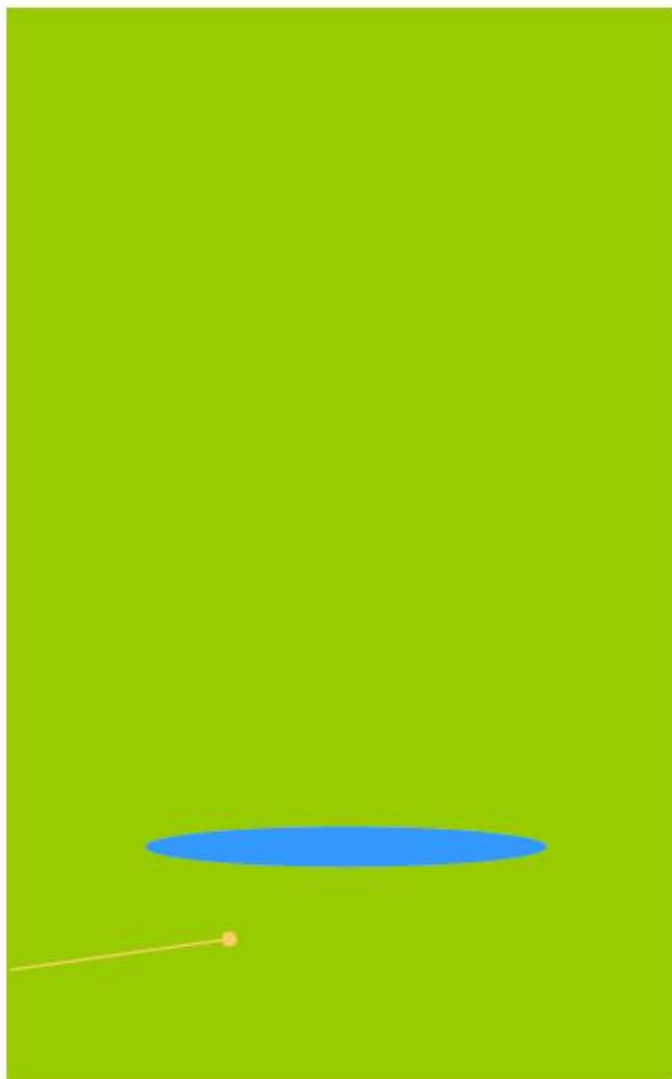
Data de implantação: _____

Serviço onde foi implantado: _____

VISTA DE DENTRO

[illegible]

APÊNDICE 6. Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo. Guia para
Enfermeiros





Autores:
Sara Correia
Antónia Espadinha

Lisboa, Maio de 2013

- Mulders, M., Vingerhoets, A., Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*. 12(2), 97-102.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) Enunciado de Posição sobre o Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. 1 - 8. Acedido em: 09/01/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.
- Pearson, A., Field, J., Jordan, Z. (2007). Evidence-based clinical practice in nursing and health care. Assimilating research, experience and expertise. Singapore: Blackwell Publishing.
- Peterson, K. (2012) The development of central venous access device flushing guidelines utilizing an evidence-based practice process. *Journal of Pediatric Nursing*. 28 (1), 85-88.
- Pittiruti, M., Hamilton, H., Biffi, R., MacFie, J., Pertkiewicz, M., ESPEN (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clinical Nutrition*. 28(4), 365-377.
- Richardson, DK. (2007). Vascular access nursing practice, standards of care, and strategies to prevent infection: A review of flushing solutions and injection caps (part 3 of a 3-part series). *Journal of the Association for Vascular Access*. 12(2), 74-84.
- Roberts, AC. (2001). Venous access catheter complications. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 12(1, Supplement), 52-57.
- Schulmeister, L. (2010). Management of non-infectious central venous access device complications. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 132-141.
- Stephens, LC., Haire, WD., Tarantolo, S., Reed, E., Schmit-Pokorny, K., Kessinger, A., Klein, R. (1997). Normal saline versus heparin flush for maintaining central venous catheter patency during apheresis collection of peripheral blood stem cells (PBSC). *Transfusion Science*. 18(2), 187-193.
- Vasques, C., Reis, P., Carvalho, E. (2009). Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: Revisão integrativa. *Act Paul Enferm*. 22 (5):696-701.
- Vena-Fernandez C et al. Catéteres Venosos Centrales (CVC). Guia para enfermería. (2011). Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Viale P(2003). Complications associated with implantable vascular access devices in the patient with cancer. *J Inf Nurs*. 26, 97-102.
- Zaghal A, Khalife M, Mukherji D, El Majzoub N, Shamseddine A, Hoballah J, Faraj W (2012). Update on totally implantable venous access devices. *Surgical Oncology*. 21(3), 207-215.



10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camp-Sorrell, D. (2007). Clinical dilemmas: Vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(3), 232-239.
- Camp-Sorrell, D. (2010). State of the science of oncology vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(2), 80-87.
- Coenraads, A., van Boxtel, R.J.J., Nieweg, M.B. (1995). 1375 continued nursing care for patients who need chemotherapy. *European Journal of Cancer*, 31, Supplement 6 (0).
- Cummings-Winfield, C., Mushani-Kanji, T. (2008). Restoring patency to central venous access devices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(6), 925-934.
- Faraj, W., Zaghal, A., El-Beyrouthy, O., Kutoubi, A. (2010). Complete catheter disconnection and migration of an implantable venous access device: The disconnected cap sign. *Annals of Vascular Surgery*, 24(5), 692-695.
- Galloway, M. (2010). Insertion and placement of central catheters in the oncology patient. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(2), 102-112.
- Griffiths, P., Richardson, A., Blackwell, R. (2012). Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: Systematic scoping review. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 238-246.
- Hadaway, L. (2008). Heparin locking for central venous catheters. *Journal of the Association for Vascular Access*, 11(4), 224-231.
- Hadaway, L. (2011). Needleless connectors: Improving practice, reducing risks. *Journal of the Association for Vascular Access*, 16(1), 20-33.
- Hancock-Howard, R. et al (2010). Cost-effectiveness analysis of implantable venous access device insertion using interventional radiologic versus conventional operating room methods in pediatric patients with cancer. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 21(5), 677-684.
- Kefeli, U., et al (2009). Prolonged interval in prophylactic heparin flushing for maintenance of subcutaneous implanted port care in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 18(2), 191-194.
- Kurul, S., Saip, P., Aydin, T. (2002). Totally implantable venous-access ports: Local problems and extravasation injury. *The Lancet Oncology*, 3(11), 684-692.
- Macklin, D. (2010). The impact of IV connectors on clinical practice and patient outcomes. *Journal of the Association for Vascular Access*, 15(3), 126-139.
- Mathers D (2011). Evidence-based practice: Improving outcomes for patients with a central venous access device. *Journal of the Association for Vascular Access*, 16(2), 64-72.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP (2011) – Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos. Lisboa: ACSS. Acedido em: 03/11/2012. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa Nº 13/ DQS/DSD. Acedido em: 05/01/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.
- Mulders, M., Vingerhoets, A., Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 97-102.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) Enunciado de Posição sobre o Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. 1 - 8. Acedido em: 09/01/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.



ÍNDICE

Introdução	3
1. Apresentação do dispositivo	4
2. Objetivos	5
4. Vantagens e inconvenientes	5
3. Considerações gerais	6
4. Cuidados ao local de implantação	7
5. Punção do cateter	7
6. Colheita de sangue	10
7. Administração de terapêutica	10
8. Heparinização do cateter	11
9. Gestão de complicações mais frequentes	12
10. Referências bibliográficas	16



INTRODUÇÃO

Devido à sua situação concreta de saúde, alguns doentes necessitam de dispor de um acesso venoso que permita evitar as repetidas punções venosas. Os acessos venosos centrais são os dispositivos que respondem a esta necessidade.

3

Os acessos venosos centrais permitem a administração de diversas terapêuticas endovenosas como a quimioterapia, a alimentação parentérica, sangue e derivados, para além de permitirem a realização de extração de sangue. O cateter venoso central com reservatório subcutâneo cumpre todas estas características para além de, quando não está a ser utilizado necessitar de reduzidos cuidados de manutenção, quando comparado com outros acessos centrais.

O enfermeiro, responsável pela manipulação deste tipo de cateter, deve consciencializar-se dos riscos potenciais associados à sua utilização. Os cuidados adequados garantem a ótima manutenção e duração do cateter. É então muito importante que os enfermeiros conheçam as necessidades de cuidados ao doente portador deste tipo de dispositivo e evitem todo o tipo de problemas potenciais pela aplicação dos distintos protocolos baseados na evidência, otimizando-se os resultados e evitando complicações desnecessárias relacionados com a prática, transmitindo segurança, responsabilidade e autonomia ao doente, melhorando assim a qualidade dos cuidados de enfermagem aos doentes portadores destes dispositivos.



Intervenções: medidas fisiológicas (como aplicar frio ou calor, de acordo com a substância extravasada), medidas farmacológicas (como antídotos locais ou antibiótico) ou medidas cirúrgicas (com excisão dos tecidos afetados e/ou enxertos de pele).

NECROSE

Ocorre maioritariamente devido a:

- Permanência prolongada da agulha
- Utilização de agulhas excessivamente curtas que pressionam a pele sob o reservatório e a necrosam
- Ruptura accidental da membrana do reservatório e se estiverem a ser infundidas substâncias vesicantes.

14

Intervenção: realização de penso de acordo com as características da ferida.

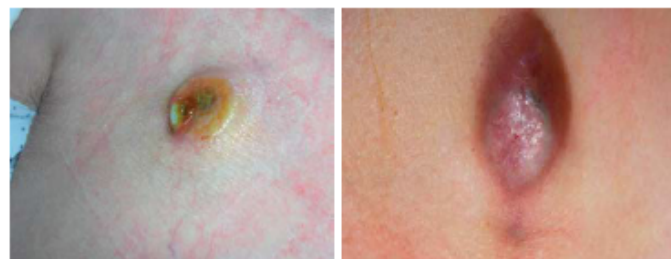


Fig. 6. Necrose



INFECÇÃO

A infecção pode ser local (local de inserção da agulha), do túnel subcutâneo ("bolsa" do reservatório) ou sistêmicas.

- **Infecção do local de inserção**

Intervenções: Avisar o médico; realizar cultura do ponto de inserção

- **Infecção do túnel subcutâneo e/ou cateter**

Intervenções: Avisar o médico e colher sangue para hemoculturas periféricas e de cada lúmen

NOTA: Em caso de contaminação por *estafilococos aureus* ou *candida* é obrigatória a remoção do cateter.

13

EXTRAVASAMENTO

A causa mais comum é a colocação incorrecta da agulha ou deslocamento da mesma, mas pode também estar associada a separação do cateter do reservatório ou falta de integridade do septo do reservatório. Pode também ser provocado pela pressão do fluxo de infusão sobre a zona de conexão do reservatório e o cateter, por exemplo na infusão de contraste de diagnóstico.



Fig 5. Extravasamento



1. DESCRIÇÃO DO DISPOSITIVO

O cateter venoso central com reservatório subcutâneo (CVCRS) é um cateter central totalmente implantado com técnica tunelizada. Este tipo de dispositivo é constituído por:

- ⇒ **Cateter:** radiopaco; de silicone o poliuretano
- ⇒ **Reservatório:** radiopaco; de titânio ou aço inoxidável e polietileno. Na sua base possui orifícios para a fixação ao tecido celular subcutâneo. Deste constam:
 - **Membrana:** de silicone, auto-vedante;
 - **Câmara:** pode ser única ou dupla;
 - **Conexão:** através da qual se liga o cateter ao reservatório.

4



Fonte: <http://www.primoport.com.br/pacientes/sobre-o-primoport.html>

Fig. 1. Cateter venoso central com reservatório subcutâneo

Para a punção deste cateter utilizam-se agulhas tipo HUBER. Existem vários modelos, tamanhos e calibres



2. OBJETIVOS

Os objetivos que se pretendem com a implantação de um CVCRS são:

- Dispor de um acesso venoso rápido, seguro e eficaz em doentes com rede vascular periférica deteriorada
- Reduzir o número de punções venosas traumáticas
- Manter em perfeito estado de funcionalidade o acesso implantado
- Facilitar o tratamento em ambulatório
- Diminuir a dor e a ansiedade do doente relacionadas com as punções periféricas
- Favorecer a comodidade do doente bem como a sua qualidade de vida

5

3. VANTAGENS E INCONVENIENTES

Vantagens	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> • Melhora o aspeto físico/não altera a imagem corporal • Reduz o risco de infeção • Oferece a segurança de ter uma veia canalizada • Tem um tempo de permanência prolongado (até 5 anos de uso e 20000 punções) • Oferece mais comodidade ao doente já que só requer uma punção • Facilita o tratamento em ambulatório • Cuidados de manutenção mínimos 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de puncionar a pele do doente para aceder ao reservatório • Custos (cateter e técnica de inserção)

Tabela 1. Vantagens e inconvenientes

GUIA PARA ENFERMEIROS



9. GESTÃO DE COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES

CONSEGUE-SE INFUNDIR MAS NÃO REFLUI SANGUE

Pode ser devida ao desenvolvimento de uma película de fibrina em redor da ponta do cateter que provoca um efeito valvular, ou pode ser por a ponta do cateter estar apoiada na parede da veia.

Intervenções:

- Pedir ao doente que mude de posição, realizar manobras para aumentar a pressão torácica, como pedir ao doente que tussa ou realize a manobra de Valsalva.
- Irrigar com SF e aspirar sem forçar, criando vácuo, utilizando técnica de pressão negativa.

NOTA: Se se pretender a administração de quimioterapia, deve-se realizar um RX tórax prévio

OBSTRUÇÃO

É a complicação mais frequente. Manifesta-se pela resistência ao aspirar e/ou ao empurrar o êmbolo.

Intervenções:

- Pedir ao paciente que mude de posição, deitando-o com os pés elevados, pedir-lhe que volte a cabeça e eleve o membro superior homolateral para tentar deslocar a ponta do cateter
- Se depois de todas as manobras anteriormente descritas, o cateter não estiver permeável, deve-se realizar um RX de tórax para descartar ruptura ou migração do cateter. Se não existir nenhuma destas causas, será necessário recorrer à desobstrução, mediante utilização de um fibrinolítico após prévia prescrição médica

NOTA: Para desfazer um coágulo não utilizar heparina, já que esta poderá pôr em circulação um trombo e por, conseguinte, aumentar o risco para o doente. Se se suspeita então da formação de um coágulo ou acumulação de fibrina, é necessário recorrer à administração de um fibrinolítico (p.e. Uroquinase)

GUIA PARA ENFERMEIROS

12



8. HEPARINIZAÇÃO DO CATETER

MATERIAL

- ◊ O descrito para a técnica de punção
- ◊ Solução heparinizada (1cc heparina/9cc SF)
- ◊ Ampolas de 10 cc de SF
- ◊ Seringa 20 cc
- ◊ Seringa de 10cc

PROCEDIMENTO

11

1. Se o reservatório não estiver puncionado, fazê-lo como se descreveu anteriormente.
2. Conectar a seringa de 10 cc e aspirar suavemente até desperdiçar 5 cc. – quando o cateter não está puncionado previamente)
3. Lavar com 20 cc de SF
4. Introduzir 5 cc de uma solução de 1 cc de heparina e 9 cc de SF
5. Clampar o prolongamento fazendo pressão positiva enquanto se injectam os últimos 0,5 cc da solução de heparina.
6. Retirar a agulha segurando a câmara para evitar a sua mobilização com o dedo indicador e polegar da mão não dominante juntamente com uma compressa. Segurar a agulha com a mão dominante e, dar um puxão seco para fora perpendicularmente à pele e extrair a agulha. Pressionar ligeiramente com a compressa a zona de punção.

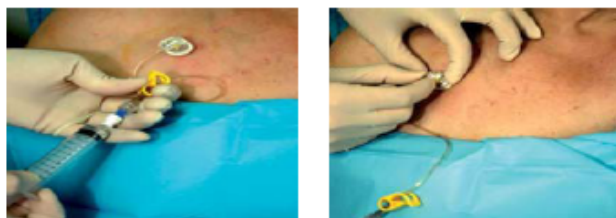


Fig. 4. Técnica de heparinização do CVCRS

GUIA PARA ENFERMEIROS



3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Uma vez implantado, o cateter pode ser utilizado de seguida
- Manter o máximo de assepsia e utilizar material esterilizado na manipulação do cateter
- Substituir o penso do local de inserção sempre que a agulha é retirada ou substituída, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário inspeccionar o local de inserção.
- Não utilizar seringas com volume inferior a 10cc (devido à pressão exercida na conexão entre o reservatório e o cateter)
- Utilizar exclusivamente agulhas tipo Hubber
- Trocar a agulha de 7/7 dias (outro tipo de agulha danifica a membrana do reservatório)
- Rodar o local de inserção da agulha (para que membrana não seja danificada e para conforto do doente)
- Trocar os sistemas de perfusão de 72/72 horas, ou sempre que se troque a agulha (para prevenir as infeções).
- Usar preferencialmente bombas de infusão na administração (par) de terapêutica
- Heparinizar o cateter de 12/12 semanas ou após cada utilização (para garantir a permeabilidade do cateter)

6



GUIA PARA



4. CUIDADOS APÓS A IMPLANTAÇÃO

- Registrar a data de implantação do cateter, tipo de cateter e local.
- Retirar os pontos 7-10 dias após implantação.
- Vigiar a presença de sinais de complicações ou infecção na ferida cirúrgica
- Realizar aplicação de frio (para reduzir o edema)
- Informar o doente que não deverá lavar a região de implantação enquanto tiver penso (máximo 10 dias)

7

5. PUNÇÃO DO CATETER

MATERIAL

- Campo individual esterilizado
- 2 Seringas de 10 cc
- 1 Ampola de Soro Fisiológico
- Compressas esterilizadas
- Solução antisséptica
- Lidocaína spray (tópico)
- Agulha tipo Hubber
- Agulha EV



6. COLHEITA DE SANGUE

MATERIAL

- ◊ O descrito para a técnica de punção
- ◊ Seringas para extracção (10 ou 20cc)
- ◊ Seringa para a lavagem do cateter (20 cc)
- ◊ Ampolas de 10cc de SF 0,9%
- ◊ Tubos de colheita

PROCEDIMENTO

1. Puncionar o cateter como descrito anteriormente.
2. Conectar a seringa de 10 cc e aspirar suavemente e desperdiçar 5 cc.
3. Colocar outra seringa para extracção para os tubos de colheita correspondentes
4. Lavar com SF 0,9% (20cc)

10

7. ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

MATERIAL

- ◊ Seringa de 10 cc
- ◊ Seringas de 20 cc
- ◊ Ampolas de SF 0,9%
- ◊ Medicação a administrar e respetivo sistema
- ◊ Bomba Infusora, se aplicável

PROCEDIMENTO

1. Conectar a seringa de 10 cc e aspirar 5 cc e desperdiçar
2. Lavar com 20 cc SF 0,9%
3. A partir deste momento, administrar o tratamento prescrito (em bólus ou em perfusão contínua) e, uma vez finalizado, lavar com 20 cc de SF 0,9%



NOTA: Notar-se-á uma pequena resistência ao atravessar a membrana de silicone; continuar a pressionar até chegar ao fundo da câmara, momento em que se sentirá que a ponta da agulha toca uma zona metálica.

9



Fig 3. Técnica de punção do CVCRS



TÉCNICA

1. Lavar as mãos
2. Informar o doente
3. Colocar máscara
4. Localizar e palpar a zona de punção para calcular o comprimento da agulha que vai ser necessária
5. Preparar o campo esterilizado
6. Colocar as luvas esterilizadas
7. Desinfectar a zona de punção com solução antisséptica (partindo do centro para a periferia com movimentos espirais)
8. Aspirar 10 cc de SF para uma seringa
9. Conectar a seringa ao prolongamento da agulha e, depois de expurgá-la clampar o prolongamento (deixá-la no campo estéril)
10. Com a mão não dominante, localizar e imobilizar a câmara do reservatório e segurá-la entre os dedos indicador e polegar de forma suave mas firme, afim de que este não se mova
11. Pegar na agulha com a mão dominante, retirando no último momento o protector da agulha.
12. Pedir ao paciente que inspire (a membrana do reservatório ficará mais próximo da superfície e ficará mais fixo)
13. Introduzir a agulha através da pele de forma perpendicular ao reservatório.
14. Desclampar o prolongamento e verificar a permeabilidade aspirando sangue com a seringa de 10 cc.

8

APÊNDICE 7. Plano da Sessão de informação: “O Doente Oncológico Portador de
CVCRS: Intervenções de Enfermagem”

O Doente Oncológico Portador de Cateter venoso Central com reservatório Subcutâneo:
Intervenções de Enfermagem

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGIA**

OPÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

O Doente Oncológico Portador de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo: Intervenções de Enfermagem

Sessão de Informação

Discente: Sara Correia

Docente orientador: Antónia Maria Espadinha

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

OPÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

DIVULGAÇÃO: SESSÃO DE INFORMAÇÃO

TÍTULO	O doente oncológico portador de CVCRS: intervenções de enfermagem
DATA/HORA	13 de Fevereiro de 2013 / 14:00
LOCAL	Medicina Interna – Sala Polivalente
DURAÇÃO	30 MINUTOS
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna
FORMADOR	Sara Correia

SESSÃO DE INFORMAÇÃO: O DOENTE ONCOLÓGICO PORTADOR DE CVCRS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- **Destinatários:** Enfermeiros da prestação de cuidados do Serviço de Medicina Interna
- **Finalidade:** Sensibilizar os enfermeiros para prestação de cuidados do Serviço de Medicina Interna para a importância de realizar cuidados normalizados ao doente oncológico portador de CVCRS, garantindo a sua segurança.
- **Objetivo Geral:** Contribuir para a melhoria qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico portador de CVCRS
- **Objetivos específicos:**
 - ✓ Descrever em que consiste o CVCRS, e as situações em que é mais indicado
 - ✓ Descrever os cuidados de enfermagem nas diferentes intervenções que podem ser realizadas ao doente oncológico portador de CVCRS

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA/ ACTIVIDADES	RECURSOS/ EQUIPAMENTO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva 	✓ Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show	2 ‘
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • O que é o CVCRS? • Constituintes • Localização • Vantagens • Complicações • Generalidades • Agulhas a utilizar • Punção do CVCRS • Colheita de sangue pelo CVCRS • Heparinização do CVCRS • Gestão de complicações mais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Activa/participativa 	✓ Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show	15’
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo dos aspetos mais relevantes do tema • Avaliação de conhecimentos adquiridos/desenvolvidos • Avaliação da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Activa/participativa • Aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos • Aplicação de questionário para avaliação da sessão 	✓ Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show ✓ Questionários para avaliação de conhecimentos ✓ Questionário para avaliação da sessão	3’

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Realizada através de um questionário de avaliação, distribuídos aos enfermeiros que participaram na sessão. O questionário de avaliação apresenta os seguintes itens: adequação dos objectivos, transmissão de conteúdos, relação pedagógica, adequação dos métodos utilizados, utilização de meios e suportes pedagógicos e documentação de apoio à formação. A avaliação de cada um desses itens é realizada pela aplicação de numa escala de 1 a 5 em que: 1- Não Satisfaz, 2- Satisfaz pouco, 3- Satisfaz, 4- Satisfaz muito, 5- Satisfaz bastante.

APÊNDICE 8. Questionário: Avaliação de Conhecimentos em relação aos
Cuidados ao Doente Oncológico portador de CVCRS

QUESTIONÁRIO

Caro Colega:

Durante o estágio do 3º semestre do curso de 3º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica, pretendo realizar um projecto de intervenção, no sentido de desenvolver competências que me permitam definir e standardizar os cuidados ao doente oncológico portador de cateter venoso central com reservatório subcutâneo (CVCRS), e otimizar a articulação de cuidados de enfermagem para promover a qualidade e a segurança dos mesmos, numa perspectiva de Prática Baseada na Evidência

Como tal, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário, cujos dados servirão para uma avaliação dos conhecimentos acerca da problemática após a sessão de informação acerca dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico portador de CVCRS.

Este questionário é de natureza confidencial e anónima. O preenchimento do questionário demora 3-5 minutos

Obrigada pela atenção e tempo disponibilizados

Sara Correia

QUESTIONÁRIO

Assinale com X a resposta correta:

1. Após a implantação do CVCRS, este pode ser utilizado:

- a) Imediatamente
- b) Após a remoção dos pontos de sutura
- c) Um mês após a colocação
- d) Nenhuma das anteriores

2. A quantidade de SF 0,9% a introduzir no CVCRS para lavagem após a colheita de sangue é:

- a) 5 cc
- b) 10 cc
- c) 20 cc
- d) Nenhuma das anteriores

3. Na manipulação do CVCRS devem ser utilizadas seringas com volume igual ou superior a:

- a) 2 cc
- b) 5 cc
- c) 10 cc
- d) Nenhuma das anteriores

4. Na realização da técnica de heparinização do CVCRS deve ser utilizada:

- a) Técnica de pressão positiva
- b) Técnica de pressão negativa
- c) Técnica de pressão neutra
- d) Nenhuma das anteriores

5. O volume de solução salina heparinizada a utilizar na heparinização deve ser:

- a) Igual ao volume do cateter + prolongamento da agulha
- b) O dobro do volume referido anteriormente
- c) 2 cc
- d) Nenhuma das anteriores

6. O CVCRS, se não estiver a ser utilizado, com que frequência deve ser heparinizado?

- a) Semanalmente
- b) Mensalmente
- c) De 3 em 3 meses
- d) De 6 em 6 meses
- e) Nenhuma das anteriores

7. As complicações do CVCRS podem incluir:

- a) Obstrução e infecção
- b) Extravasamento
- c) Necrose
- d) Todas as anteriores
- e) a) e b)

8. Na sua opinião, que papel tem o enfermeiro na continuidade de cuidados ao doente oncológico portador de CVCRS?

APÊNDICE 9. Norma - Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central
com Reservatório Subcutâneo

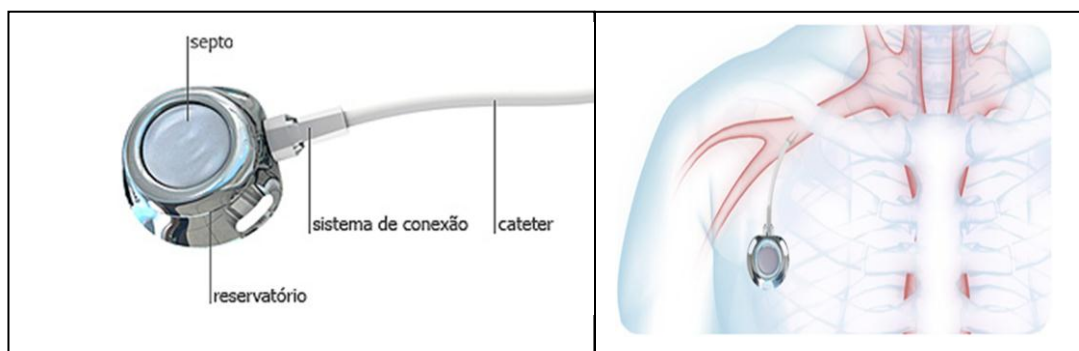
			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo				Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013		Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

1. INTRODUÇÃO

A utilização de cateter venoso central com reservatório subcutâneo (CVCRS) veio revolucionar os cuidados e a qualidade de vida dos doentes com cancro e dos doentes que requerem terapêutica endovenosa de longa duração. A implantação deste dispositivo é cada vez mais frequente em utentes que necessitam de garantir um acesso venoso duradouro, diminuindo o número de procedimentos dolorosos a que o utente é submetido, nomeadamente na administração de grandes volumes e fármacos citostáticos.

Actualmente a implantação de CVCRS (fig.1) na Instituição é realizada pelo médico, usualmente através do serviço de Cirurgia de Ambulatório.

Fig.1 – Cateter venoso central com reservatório subcutâneo



Fonte: <http://www.primoport.com.br/pacientes/sobre-o-primoport.html>

Para obter os máximos benefícios deste dispositivo, os enfermeiros devem estar familiarizados com os procedimentos de manuseamento e manutenção.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

2. DEFINIÇÕES

- O **cateter venoso central com reservatório subcutâneo (CVCRS)** é um cateter central totalmente implantado com técnica tunelizada.

3. ÂMBITO

Aplica-se em todas as unidades de cuidados da Instituição, onde se prestem cuidados a doentes CVCRS. Exclui-se a aplicação ao doente pediátrico.

4. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade da punção do CVCRS, cabe exclusivamente ao enfermeiro. De igual modo, a administração e avaliação dos efeitos do medicamento administrado, bem como os respetivos registos, cabe ao enfermeiro responsável pelo utente. Também, as técnicas de colheita de sangue e heparinização e retirada de agulha são da responsabilidade do enfermeiro.

5. PUNÇÃO DO CVCRS

5.1. Definição

Consiste nas ações a desenvolver durante a punção de um CVCRS (com um ou mais lúmenes).

5.2. Objetivos

- Aceder à rede venosa;
- Garantir um acesso venoso para a administração de terapêutica, colheita de sangue ou heparinização do cateter;

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

- Administrar grandes volumes de fluidos;
- Administrar substâncias de grande peso molecular (ex. alimentação parentérica) ou “corrosivas” para as veias periféricas (ex. citostáticos);
- Manter a permeabilidade do cateter;
- Prevenir a infeção;
- Proporcionar conforto;

5.3. Princípios

- Puncionar exclusivamente com agulha tipo Huber, conectada a seringa, com prolongamento da agulha clampado;
- Puncionar sempre introduzindo a agulha perpendicularmente à pele e nunca mudar o angulo da agulha;
- Escolher o comprimento e o calibre da agulha em função das características do doente e da técnica que se pretende realizar após a punção;
- Trocar a agulha de 7/7 dias;
- Variar, dentro do possível, o ponto de punção sobre a pele;
- Manter técnica asséptica em todos os procedimentos que envolvam o manuseamento do CVCRS.

5.4. Procedimento

a) Material

Tabuleiro com:

- Campo individual esterilizado

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____ Enf.ª Diretora
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	

- 2 Seringas de 10 cc
- 1 Ampola de Soro Fisiológico a 0,9%
- Compressas esterilizadas
- Compressa limpa
- Solução antisséptica
- Lidocaína spray (tópico)
- Agulha tipo Huber
- Agulha EV
- Máscara
- Luvas esterilizadas
- Penso esterilizado transparente poroso
- Contentor para corto-perfurantes
- Sacos para outros resíduos hospitalares

b) Descrição

AÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Punção do Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo	
1. Providenciar o material necessário e transportá-lo para junto do utente. 2. Confirmar a identidade do utente, de acordo com Norma de Identificação do Doente.	1. Otimizar a gestão do tempo. 2. Prevenir o erro.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

<p>3. Informar o utente sobre o procedimento.</p> <p>4. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI.</p> <p>5. Palpar o reservatório.</p> <p>6. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI.</p> <p>7. Colocar máscara.</p> <p>8. Colocar Lidocaína Spay e colocar uma compressa limpa a cobrir a zona da câmara e aguardar 5 min⁵.</p> <p>9. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI.</p> <p>10. Posicionar o utente ou assisti-lo a posicionar-</p>	<p>3. Obter a colaboração do doente; estimular a participação do doente no processo terapêutico; diminuir a ansiedade; promover o sucesso do procedimento.</p> <p>4. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p> <p>5. Determinar o tipo de agulha a utilizar⁶.</p> <p>6. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p> <p>7. Idem.</p> <p>8. Diminuir a sensação dolorosa.</p> <p>9. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p> <p>10. Facilitar a execução do procedimento;</p>
--	---

⁵ Ou creme EMLA® e colocar penso transparente durante 10 min

⁶ A escolha do comprimento e do calibre da agulha faz-se em função das características do doente e do objetivo da punção do cateter (ex: se o objetivo for a administração de hemoderivados deve-se eleger uma agulha de maior calibre).

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

<p>se, de acordo com o local selecionado para administração.</p> <p>11. Preparar o campo estéril.</p> <p>12. Calçar luvas esterilizadas.</p> <p>13. Desinfetar a zona de punção. Limpar a zona da câmara com compressas esterilizadas e solução antisséptica, do centro para a periferia, com movimentos em espiral.</p> <p>14. Aspirar SF 0,9% para uma seringa de 10cc com uma agulha EV, e conectar a seringa a uma agulha tipo Hubber expurgar o prolongamento da agulha. Clampar o prolongamento da agulha e pousá-la no campo esterilizado.</p> <p>15. Com a mão não dominante, localizar e imobilizar o reservatório do cateter e segurá-la entre os dedos polegar e indicador, de forma suave mas firme de modo a que o reservatório não se mova.</p> <p>16. Com a mão dominante pegar na agulha conectada à seringa e retirar o protetor da</p>	<p>proporcionar bem-estar.</p> <p>11. Promover a assepsia.</p> <p>12. Idem.</p> <p>13. Idem .</p> <p>14. Prevenir complicações/efeitos adversos.</p> <p>15. Estabilizar o reservatório e garantir o sucesso da punção.</p> <p>16. Facilitar a execução do procedimento.</p>
--	---

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

<p>agulha</p> <p>17. Pedir ao paciente que inspire.</p> <p>18. Introduzir a agulha através da pele de forma perpendicular ao reservatório.</p> <p>19. Desclampar o prolongamento da agulha e comprovar a permeabilidade do lúmen aspirando sangue.</p> <p>20. Colocar penso estéril por cima da agulha.</p> <p>Nota A partir deste momento, a actuação será diferente, dependendo do procedimento planeado de seguida (administração de terapêutica, colheita de sangue, administração de hemoderivados ou heparinização).</p> <p>21. Eliminar agulha no contentor para corto-perfurantes.</p> <p>22. Assegurar a recolha e o tratamento do restante material, de acordo com as normas de desinfeção e de triagem de resíduos hospitalares.</p>	<p>17. Facilitar a aproximação da membrana do reservatório da superfície.</p> <p>18. Não danificar a membrana e realizar a técnica em segurança.</p> <p>19. Verificar a permeabilidade do cateter.</p> <p>20. Garantir a fixação da agulha e prevenir acidentes.</p> <p>21. Prevenir a ocorrência de acidentes com risco biológico.</p> <p>22. Idem.</p>
--	--

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

<p>23. Retirar as luvas.</p> <p>24. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI.</p> <p>25. Registar o procedimento, bem como todas as ocorrências com ele relacionadas no suporte de registo em uso.</p>	<p>23. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p> <p>24. Idem.</p> <p>25. Documentar legalmente o procedimento.</p>
--	---

6. ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

6.1. Definição

- Consiste na administração de terapêutica através de CVCRS

6.2. Objetivo

- Garantir a administração de terapêutica EV prescrita.

6.3. Princípios

- Vigiar no doente as possíveis reacções inerentes a cada administração de terapêutica.
- O doente poderá ter puncionado, em ambulatório, um sistema de administração continua (até ao máximo de 7 dias).

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em:
Elaborado por: Sara Correia	Revisto por:	Próxima Revisão:	____ / ____
Em: 05 / 2013		____ / ____	Enf.ª Diretora

6.4. Procedimento

a) Material

Tabuleiro com:

- Luvas esterilizadas
- 3 Seringas de 10 cc
- Bomba infusora
- 2 Ampolas de Soro Fisiológico a 0,9%
- Compressas esterilizadas
- Solução antisséptica
- Máscara
- Medicação a administrar e respectivos sistemas
- Contendor para corto-perfurantes
- Sacos para outros resíduos hospitalares

b) Descrição

AÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Administração de terapêutica em perfusão através do Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo	
Se o CVCRS não estiver puncionado, realizar o procedimento descrito em Técnica de Punção do CVCRS (página 4) até ao ponto 20.	

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

<ol style="list-style-type: none"> 1. Conectar uma seringa de 10cc e aspirar 5cc, clampar o prolongamento da agulha e desperdiçar 2. Conectar uma seringa de 10cc com SF 0,9% e lavar o sistema. 3. Conectar o sistema de perfusão prescrito⁷, colocado preferencialmente por bomba infusora, e programar a bomba com o prolongamento da agulha clampado e só depois desclampar. <p>Nota: No caso de perfundirem mais do que uma perfusão ao mesmo tempo ter em atenção a compatibilidade entre terapêuticas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Após a finalização da terapêutica, clampar o prolongamento da agulha, conectar seringa de 10 cc com SF 0,9% e realizar lavagem. <p>Nota: A partir deste momento, a actuação será diferente, dependendo do procedimento planeado de seguida (administração de mais terapêutica ou heparinização)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Assegurar a recolha e o tratamento do restante material, de acordo com as normas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desperdiçar os fluídos do espaço morto do lúmen (aspirar o volume igual à solução salina heparinizada introduzida previamente). 2. Promover a lavagem do sistema. 3. Garantir a administração da terapêutica prescrita em segurança. 4. Manter a permeabilidade do lúmen. 5. Prevenir acidentes com risco biológico .
--	--

⁷ Na administração de terapêutica cumprir sempre os princípios básicos inerentes a este procedimento, com vista a evitar o erro e garantir a segurança do doente.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____ Enf.ª Diretora
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	

de desinfeção e de triagem de resíduos hospitalares.	
6. Retirar as luvas.	6. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.
7. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI.	7. Idem.
8. Registrar a administração em sistema respectivo.	8. Documentar legalmente o procedimento e garantir a continuidade de cuidados.
AÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Administração de terapêutica em <i>bólus</i> em doente com terapêutica em curso através do Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo	
1. Clampar o prolongamento da agulha, desinfetar com solução antisséptica a torneira de três vias ou borracha de derivação lateral do sistema.	1. Prevenir contaminação do sistema.
2. Conectar uma seringa de 10cc com SF 0,9% desclampar o prolongamento da agulha e administrar ⁸ .	2. Promover a lavagem do sistema.
3. Clampar o prolongamento da agulha.	3. Garantir a administração da terapêutica

⁸ Ter em atenção a compatibilidade entre fármacos

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

<p>Desconectar a seringa de 10cc e conectar a seringa com a medicação prescrita, desclampar o prolongamento e administrar.</p> <p>4. Após a finalização da terapêutica, clampar o prolongamento da agulha, conectar seringa de 10 cc com SF 0,9% e realizar lavagem.</p> <p>5. Clampar o prolongamento da agulha, retirar a seringa (colocar tampa no caso de torneira de 3 vias), desclampar o prolongamento e reiniciar medicação previamente em curso .</p> <p>6. Assegurar a recolha e o tratamento do restante material, de acordo com as normas de desinfeção e de triagem de resíduos hospitalares.</p> <p>7. Retirar as luvas</p> <p>8. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI.</p> <p>9. Registar a administração em sistema respectivo.</p>	<p>prescrita em segurança.</p> <p>4. Manter a permeabilidade do lúmen.</p> <p>5. Assegurar a manutenção da terapêutica.</p> <p>6. Prevenir acidentes com risco biológico .</p> <p>7. Prevenir a transmissão cruzada de microorganismos microrganismos.</p> <p>8. Idem.</p> <p>9. Documentar legalmente o procedimento e garantir a continuidade de cuidados.</p>
--	--

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

7. HEPARINIZAÇÃO DO CVCRS

7.1. Definição

- A **heparinização** consiste na introdução no lúmen do CVCRS de 5 cc de uma solução salina heparinizada (1 cc de heparina com 9 cc de SF 0,9%⁹), afim de manter a permeabilidade dos mesmos, durante o tempo em que estes não estão a ser utilizados.
- A heparinização deve ser realizada depois de cada utilização que supõe que o cateter fique sem ser utilizado, ainda que punccionado.

7.2. Objetivo

- Manter a permeabilidade do cateter

7.3. Princípios

- A técnica deve ser realizada mediante técnica assética (inclusivamente na preparação da solução salina heparinizada, no caso do serviço não dispor dessa solução em unidose)¹⁰.
- Deve-se proceder à heparinização após cada utilização ou de 12/12 semanas (no caso de não estar a ser utilizado).
- O volume da solução salina heparinizada a ser administrada é igual á capacidade do cateter (corresponde á quantidade de solução necessária para preencher o prolongamento da agulha e do cateter em si) .

⁹ Concentração aplicável a doentes adultos; no caso de cateter de dupla câmara, realizar o procedimento em ambas as câmaras.

¹⁰ Existe disponível um produto comercial, unidose, pré-preparado e de administração única.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____ Enf.ª Diretora
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	

- Se o cateter possuir duas câmaras, o procedimento deve ser realizado para cada uma delas.
- O doente/família devem ser informados da data e local da próxima heparinização.

7.4. Material

Tabuleiro com:

- 2 Seringas de 10 cc
- 1 Seringa de 20 cc
- 1 agulha EV
- 3 Ampolas de Soro Fisiológico a 0,9%
- Heparina a 0,1%
- Contentor para corto-perfurantes
- Sacos para outros resíduos hospitalares
- Luvas esterilizadas
- Máscara
- Compressas esterilizadas
- Penso rápido ou penso esterilizado transparente poroso
- Máscara

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em:
Elaborado por: Sara Correia	Revisto por:	Próxima Revisão:	____ / ____
Em: 05 / 2013		____ / ____	Enf.ª Diretora

7.5. Descrição

AÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Heparinização do Cateter Venoso Central com reservatório Subcutâneo	
<p>Se o CVCRS não estiver puncionado, realizar o procedimento descrito em Técnica de Punção do CVCRS (página 4) até ao ponto 20.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar a solução salina heparinizada aspirando 1 cc de Heparina a 0,1% e 9 cc de SF 0,9%. 2. Conectar uma seringa de 10cc e aspirar 5cc, clampar o prolongamento da agulha e desperdiçar. 3. Conectar uma seringa de 20cc de SF 0,9% e lavar o lúmen. Clampar o prolongamento da agulha. 4. Conectar seringa com solução salina heparinizada (1 seringa de 10cc contendo 1cc de heparina e 9cc de SF 0,9%) e introduzir 5cc. 5. Clampar o prolongamento e fazer pressão positiva enquanto se introduzem os últimos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimizar a gestão de tempo. 2. Desperdiçar os fluídos do espaço morto do lúmen (aspirar o volume igual à solução salina heparinizada introduzida previamente). 3. Garantir a limpeza do lúmen do CVCRS; manter a permeabilidade do lúmen do CVCRS. 4. Manter a permeabilidade do lúmen. 5. Realizar pressão positiva.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

0,5cc de solução salina heparinizada.	
<p>6. Segurar o reservatório com o dedo polegar e indicador da mão não dominante</p> <p>7. Retirar a agulha com a mão dominante, com um movimento preciso, em posição perpendicular ao reservatório.</p> <p>8. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI</p> <p>9. Colocar penso seco no local da punção. Informar o doente que pode retirar o penso ao final de 20 minutos.</p> <p>10. Eliminar agulha no contentor para cortopunçantes.</p> <p>11. Assegurar a recolha e o tratamento do restante material, de acordo com as normas de desinfeção e de triagem de resíduos hospitalares.</p> <p>12. Retirar as luvas.</p> <p>13. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI</p>	<p>6. Evitar a mobilização do reservatório.</p> <p>7. Evitar o dano da membrana de silicone do reservatório.</p> <p>8. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p> <p>9. Prevenir infeções.</p> <p>10. Prevenir acidentes com risco biológico.</p> <p>11. Idem.</p> <p>12. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p> <p>13. Idem.</p>

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____ Enf.ª Diretora
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	
14. Registrar a heparinização em registos de enfermagem e programar próxima heparinização com doente/família.		14. Documentar legalmente o procedimento e garantir a continuidade de cuidados.	

8. COLHEITA DE SANGUE ATRAVÉS DE CVCRS

8.1. Definição

- A **colheita de sangue** através do CVCRS consiste na aspiração de volume de sangue necessário para avaliações analíticas requeridas pelo médico, incluindo hemoculturas.

8.2. Objetivo

- Colher sangue a partir do CVCRS.

8.3. Princípios

- Nos casos em que os doentes possuem CVCRS, as colheitas de sangue devem ser realizadas através do mesmo, evitando as punções venosas periféricas e garantindo o conforto do doente.
- A técnica deve ser realizada mediante técnica assética .
- Deve-se proceder à aspiração de 5cc de sangue antes da realização da colheita.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em:
Elaborado por: Sara Correia	Revisto por:	Próxima Revisão:	____ / ____
Em: 05 / 2013		____ / ____	Enf.ª Diretora

- Deve-se realizar lavagem com 20cc de SF 0,9% após a colheita.

8.4. Procedimento

a) Material

Tabuleiro com:

- Campo individual esterilizado
- 1 seringas de 10 cc
- 1 seringa de 20 cc
- 1 seringa de 10cc ou de 20cc (dependendo da quantidade de sangue necessária)
- 4 Ampolas de Soro Fisiológico
- Contentor para corto-perfurantes
- Sacos para outros resíduos hospitalares
- Luvas esterilizadas
- Máscara
- Tubos de colheita
- Etiquetas de identificação do doente

b) Descrição

AÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Colheita de Sangue a partir do CVCRS	
Se o CVCRS não estiver puncionado, realizar o	

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em:
Elaborado por: Sara Correia	Revisto por:	Próxima Revisão:	____ / ____
Em: 05 / 2013		____ / ____	Enf.ª Diretora

<p>procedimento descrito em Técnica de Punção do CVCRS (página 4) até ao ponto 20.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conectar a seringa de 10cc e aspirar 5cc, clampar o prolongamento da agulha e desperdiçar. 2. Conectar outra seringa (com capacidade igual ou superior a 10cc) ao prolongamento e aspirar a quantidade de sangue necessária. Clampar o prolongamento da agulha. 3. Conectar uma seringa de 20cc com SF 0,9% e lavar o lúmen. 4. Recolocar a perfusão em curso ou heparinizar o cateter. 5. Colocar o sangue nos respetivos tubos e identificar os mesmos. 6. Assegurar a recolha e o tratamento do restante material, de acordo com as normas de desinfeção e de triagem de resíduos hospitalares. 7. Retirar as luvas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desperdiçar os fluídos do espaço morto do lúmen (aspirar o volume igual à solução salina heparinizada introduzida previamente). 2. Realizar a colheita de sangue necessário. 3. Garantir a limpeza do lúmen do CVCRS; manter a permeabilidade do lúmen do CVCRS. 4. Manter a terapêutica em curso ou o cateter permeável. 5. Prevenir o erro. 6. Prevenir acidentes com risco biológico. 7. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
---	---

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____ Enf.ª Diretora
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	

8. Higienizar as mãos de acordo com a Norma da DGS e as recomendações da CCI 9. Registrar a colheita de sangue	8. Idem 9. Documentar legalmente o procedimento e garantir a continuidade de cuidados
---	--

9. SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção


CVCRS – Cateter venoso central com reservatório subcutâneo

DGS – Direção Geral da Saúde

EV – Endovenosa

10. BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. Norma 2.1.4. Manutenção de cateteres intravasculares. Manual de Normas de Enfermagem. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [Acedido a 14/07/2012]. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf.
- Baker, J., Ajani, J.A. (2008). Proactive nurse management guidelines for managing intensive chemotherapy regimens in patients with advanced gastric cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 12(3), 227-232.
- Camp-Sorrell, D. (2007). Clinical dilemmas: Vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*. 23(3), 232-239.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

- Camp-Sorrell, D. (2010). State of the science of oncology vascular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 80-87.
- Coenraads, A., van Boxtel, R.J.J., Nieweg, M.B. (1995). 1375 continued nursing care for patients who need chemotherapy. *European Journal of Cancer*, 31, Supplement 6(0).
- Cummings-Winfield, C., Mushani-Kanji, T. (2008). Restoring patency to central venous access devices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12(6), 925-934.
- Faraj, W., Zaghal, A., El-Beyrouthy, O., Kutoubi, A. (2010). Complete catheter disconnection and migration of an implantable venous access device: The disconnected cap sign. *Annals of Vascular Surgery*. 24(5), 692-695.
- Galloway, M. (2010). Insertion and placement of central catheters in the oncology patient. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 102-112.
- Griffiths, P., Richardson A, Blackwell R (2012). Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: Systematic scoping review. *European Journal of Oncology Nursing*. 16(3), 238-246.
- Hadaway, L. (2006). Heparin locking for central venous catheters. *Journal of the Association for Vascular Access*. 11(4), 224-231.
- Hadaway, L. (2011). Needleless connectors: Improving practice, reducing risks. *Journal of the Association for Vascular Access*. 16(1), 20-33.
- Hancock-Howard, R., Connolly, B.L., McMahon, M., Menon, A., Woo, G., Wales, P.W., Ungar W.J.(2010). Cost-effectiveness analysis of implantable venous access device insertion using interventional radiologic versus conventional operating room methods in pediatric patients with cancer. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 21(5), 677-684.
- Kefeli, U., Dane, F., Yumuk, P.F., Karamanoglu, A., Iyikesici, S., Basaran, G., Turhal, N.S. (2009). Prolonged interval in prophylactic heparin flushing for maintenance of subcutaneous implanted port care in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*. 18(2), 191-194.
- Kurul, S., Saip, P., Aydin, T. (2002). Totally implantable venous-access ports: Local problems and extravasation injury. *The Lancet Oncology*. 3(11), 684-692.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: Enf.ª Diretora
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: 	

- Macklin, D. (2010). The impact of IV connectors on clinical practice and patient outcomes. *Journal of the Association for Vascular Access*. 15(3), 126-139.
- Mathers, D. (2011). Evidence-based practice: Improving outcomes for patients with a central venous access device. *Journal of the Association for Vascular Access*. 16(2), 64-72.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 13(1), 41-49.
- Mcilpatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H. (2006). What about the careers?: Exploring the experience of caregivers in a chemotherapy day hospital setting. *European Journal of Oncology Nursing*. 10(4), 294-303.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (2011). Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos. Lisboa: ACSS. [Acedido em: 03/11/2012]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt>.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa Nº 13/DQS/DSD. [Acedido em: 05/01/2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.
- Mulders, M., Vingerhoets, A., Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*. 12(2), 97-102.
- Nakazawa, N. (2010). Infectious and thrombotic complications of central venous catheters. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 121-131.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Enunciado de Posição sobre o Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. 1 - 8. [Acedido em: 09/01/2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.
- Pearson, A., Field, J., Jordan, Z. (2007). Evidence-based clinical practice in nursing and health care. Assimilating research, experience and expertise. Singapore: Blackwell Publishing.

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma – Manuseamento e Manutenção de Cateter Venoso Central com Reservatório Subcutâneo			Aprovado em: ____ / ____
Elaborado por: Sara Correia Em: 05 / 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enf.ª Diretora

- Peterson, K. (2012) The development of central venous access device flushing guidelines utilizing an evidence-based practice process. *Journal of Pediatric Nursing*. 28(1), 85-88.
- Pittiruti, M., Hamilton, H., Biffi, R., MacFie, J., Pertkiewicz, M. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clinical Nutrition*. 28(4), 365-377.
- Remmers, H., Holtgrawe, M., Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*. 14(1), 11-16.
- Richardson, D.K. (2007). Vascular access nursing practice, standards of care, and strategies to prevent infection: A review of flushing solutions and injection caps (part 3 of a 3-part series). *Journal of the Association for Vascular Access*. 12(2), 74-84.
- Roberts, A.C. (2001). Venous access catheter complications. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 12(1, Supplement), 52-57.
- Schulmeister, L. (2010). Management of non-infectious central venous access device complications. *Seminars in Oncology Nursing*. 26(2), 132-141.
- Stephens, L.C., Haire, W.D., Tarantolo, S., Reed, E., Schmit-Pokorny, K., Kessinger, A., Klein, R. (1997). Normal saline versus heparin flush for maintaining central venous catheter patency during apheresis collection of peripheral blood stem cells (PBSC). *Transfusion Science*. 18(2), 187-193.
- Vasques, C., Reis, P., Carvalho, E. (2009). Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: Revisão integrativa. *Act Paul Enferm*. 22(5):696-701.
- Viale, P.(2003). Complications associated with implantable vascular access devices in the patient with cancer. *J Inf Nurs*. 26, 97-102.
- Zaghal, A., Khalife, M., Mukherji, D., El Majzoub, N., Shamseddine, A., Hoballah, J., Faraj, W. (2012). Update on totally implantable venous access devices. *Surgical Oncology*. 21(3), 207-215.